



**INÊS RODRIGUES CONHECIMENTO DOS PAIS SOBRE O
DESENVOLVIMENTO INFANTIL DOS
FILHOS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR:
CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO DE
FAMÍLIA**



**INÊS MARQUES
RODRIGUES**

**CONHECIMENTO DOS PAIS SOBRE O
DESENVOLVIMENTO INFANTIL DOS
FILHOS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR:
CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO DE
FAMÍLIA**

Parents knowledge about children's development in
preschool age: Family Nurse's contribution

Relatório de Estágio de Natureza Profissional apresentado à
Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos
necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de
Saúde Familiar, realizado sob orientação científica da
Professora Doutora Elsa Maria Oliveira Pinheiro de Melo,
Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde da
Universidade de Aveiro e coorientação científica da Professora
Doutora Assunção das Dores Laranjeira de Almeida, Professora
Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de
Aveiro.

Dedico este trabalho ao meu falecido pai, meu ponto cardeal, o Norte da minha vida. Onde quer que esteja, estará muito orgulhoso.

O júri

Presidente

Professor Doutor João Paulo de Almeida Tavares
Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Professora Doutora Maria Helena Pimentel
Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Professora Doutora Elsa Maria de Oliveira Pinheiro de Melo
Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Agradecimentos

A concretização deste trabalho só se tornou possível com a colaboração de algumas pessoas a quem quero expressar um profundo agradecimento:

Em primeiro lugar, à Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar Diana Tavares, pelo acompanhamento durante o estágio com todo o empenho, paciência, sabedoria, motivação e simpatia. É o modelo de Enfermeira de Família que pretendo seguir.

À Professora Doutora Elsa Melo e à Professora Doutora Assunção Laranjeira pelas suas orientações, sugestões e tolerância ao longo do trabalho.

À equipa multidisciplinar da Unidade de Saúde Familiar Salinas por me fazerem sentir como elemento da equipa, por todo o carinho, preocupação e boa disposição ao longo dos seis meses de estágio.

A todos os pais que aceitaram participar no projeto de investigação, agradeço a sua colaboração e disponibilidade.

Às minhas colegas de curso pelo companheirismo e interajuda estabelecida durante todo este percurso.

E, por fim, à minha mãe, ao meu irmão e ao Diogo por nunca desistirem de me incentivar e estarem sempre presentes.

Palavras-chave Criança Pré-escolar; Desenvolvimento Infantil; Conhecimentos; Pais; Enfermeiro de Família (DeCS¹)

Resumo **Enquadramento:** Este relatório reflete as competências desenvolvidas no estágio de natureza profissional realizado na USF Salinas, desde setembro de 2019 a fevereiro de 2020. Posteriormente é apresentado o estudo empírico – “Conhecimentos dos pais sobre o desenvolvimento dos filhos em idade pré-escolar: Contributos do Enfermeiro de Família”. Os Enfermeiros de Família desempenham um papel fundamental na avaliação e promoção do desenvolvimento infantil, através da educação efetuada aos pais nas consultas de saúde infantil.

Objetivos: Descrever e refletir sobre o desenvolvimento de competências durante a prática clínica. Apresentar um estudo empírico que visa em identificar o grau de conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil, os fatores que influenciam esse conhecimento e as atividades promotoras do desenvolvimento recomendadas aos pais pelos Enfermeiros de Família.

Métodos: Realizou-se um estudo quantitativo, descritivo-correlacional com uma amostra não probabilística, acidental constituída por 103 pais com filhos em idade pré-escolar inscritos na USF Salinas. A recolha de dados foi feita através de questionário que inclui a caracterização sociodemográfica, conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil, avaliado pelo KIDI-P e a perceção dos pais acerca das atividades promotoras do desenvolvimento infantil referidas pelos Enfermeiros de Família. A análise dos dados foi realizada recorrendo a estatística descritiva e inferencial.

Resultados: Os resultados obtidos revelaram que os fatores que influenciam o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento da criança são: tipo de família, estado civil, instrução, tipo de habitação e número de filhos. As atividades promotoras do desenvolvimento mais referidas pelos Enfermeiros de Família, segundo a perspetiva dos pais, centram-se essencialmente nos aspetos relativos à atividade motora.

Conclusão: Os Enfermeiros de Família, devido à sua proximidade com as famílias, encontram-se numa posição privilegiada para capacitar os pais a estimularem o desenvolvimento dos seus filhos. Estes devem adaptar, personalizar e implementar intervenções adequadas às características de cada família.

¹ DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

Keywords

Child Preschool; Child Development; Knowledge; Parents; Family Nurse Practitioners (DeCS²)

Abstract

Background: This report reflects the skills developed in the internship carried out at USF Salinas, from September 2019 to February 2020. After that the empirical study – “Parents knowledge about children's development in preschool age: Family Nurse's contribution” is presented. Family Nurses play a key role on evaluating and promoting child development, through the education provided to parents on child health consultations.

Objectives: Describe and reflect about the development of skills during the clinical practice. Present an empirical study that aims to identify the parents' degree of knowledge about child development, the factors that influence this knowledge and the recommended developmental activities for parents, by Family Nurses.

Methods: A quantitative, descriptive-correlational study was carried out with a non-probabilistic, accidental sample of 103 parents with preschool children enrolled in the USF Salinas. The data was collected through questionnaire which included: sociodemographic characterization, Knowledge of Infant Development Inventory (KIDI-P) and parent's perception about the activities that promote child development referred by Family Nurses. Data analysis was performed using descriptive and inferential statistics.

Results: The obtained results revealed that the parents' knowledge about preschool child development are influenced by: type of family, marital status, education, type of housing and number of children. The most mentioned activities to promote child development by Family Nurses, according to parents' perspective, focus essentially on aspects related to motor activity.

Conclusion: Family Nurses, due to their proximity with families, are in a privileged position to empower parents to stimulate the development of their children. They should adapt, personalize and implement interventions appropriate to the characteristics of each family.

² DeCS - Health Sciences Descriptors

Abreviaturas e siglas

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

ESSUA – Escola Superior Saúde da Universidade de Aveiro

KIDI-P – Inventário do Conhecimento sobre Desenvolvimento Infantil

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences Statistics*

USF – Unidade de Saúde Familiar

INDICE

INTRODUÇÃO	10
CAPITULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	12
1. CONTEXTUALIZAÇÃO	13
2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	17
CAPITULO II – ESTUDO EMPIRICO	24
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	25
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	27
2.1. Desenvolvimento Infantil	27
2.2. Características do desenvolvimento infantil em idade pré-escolar	28
2.3. A família como unidade de cuidados	30
2.4. O Enfermeiro de Família como promotor do desenvolvimento infantil	31
3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	34
3.1. Tipo de estudo.....	34
3.2. População e Amostra	34
3.3. Questões de investigação e objetivos do estudo	35
3.4. Hipóteses de investigação	35
3.5. Instrumento de recolha de dados e variáveis em estudo.....	36
3.6. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas	41
3.7. Procedimentos de análise dos dados	41
4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	43
4.1. Caracterização da amostra	43
4.2. Conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil	47
4.3. Atividades promotoras de desenvolvimento	54
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	57
6. CONCLUSÃO	69
6.1. Conclusões.....	69
6.2. Limitações do estudo.....	70

6.3. Implicações para a prática profissional/propostas de alteração de práticas profissionais.....	70
--	----

SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO	72
--	-----------

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
--	-----------

ANEXOS

ANEXO I – Autorização da Comissão de Ética da ARS Centro

ANEXO II – Autorização do Diretor da ESSUA

ANEXO III – Autorização da Coordenadora da USF Salinas

ANEXO IV – Folha de Cotação do KIDI-P

APÊNDICES

APÊNDICE I – Instrumento de Recolha de Dados

APÊNDICE II – Autorização das autoras para utilização do KIDI-P

APÊNDICE III – Declaração de Consentimento Informado ao utente participante no estudo

APÊNDICE IV – Ação de sensibilização dirigida aos Enfermeiros de Família sobre o projeto de investigação

APÊNDICE V – Avaliação do Conhecimento dos Pais sobre o Desenvolvimento Infantil com recurso ao KIDI-P

APÊNDICE VI – Sessão de educação para a saúde sobre as atividades promotoras do desenvolvimento em idade pré-escolar

APÊNDICE VII – Folheto Informativo sobre Atividades Promotoras do Desenvolvimento em idade pré-escolar

APÊNDICE VIII – Folheto Informativo sobre Atividades Promotoras do Desenvolvimento: 3 anos

APÊNDICE IX – Folheto Informativo sobre Atividades Promotoras do Desenvolvimento: 4 anos

APÊNDICE X – Folheto Informativo sobre Atividades Promotoras do Desenvolvimento: 5 anos

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Variáveis de caracterização da amostra e respetivos indicadores	37
Tabela 2: Atividades Promotoras do Desenvolvimento na idade pré-escolar	40
Tabela 3: Características sociodemográficas: idade, género, tipo de família e estado civil.....	44
Tabela 4: Características relativas ao nível socioeconómico segundo a Escala de <i>Graffar Adaptada</i>	45
Tabela 5: Resultados do APGAR Familiar de <i>Smilkstein</i>	46
Tabela 6: Características relativas à Funcionalidade Familiar segundo o APGAR Familiar de <i>Smilkstein</i>	46
Tabela 7: Características relativas ao número de filhos e médias de idades dos outros filhos .	46
Tabela 8: Resultados do KIDI-P: índice de confiança, índice de precisão e índice total.....	47
Tabela 9: Estatística descritiva e Testes de <i>Kruskall-Wallis</i> : KIDI-P e Idade	48
Tabela 10: Estatística descritiva e Testes de <i>Mann-Whitney</i> : KIDI-P e Género	48
Tabela 11: Estatística descritiva e Testes de <i>Kruskall-Wallis</i> : KIDI-P e Tipo de Família	49
Tabela 12: Estatística descritiva e Testes de <i>Kruskall-Wallis</i> : KIDI-P e Estado Civil.....	49
Tabela 13: Estatística descritiva e Testes de <i>Kruskall-Wallis</i> : KIDI-P e Nível Socioeconómico	50
Tabela 14: Estatística descritiva e Testes de <i>Kruskall-Wallis</i> : KIDI-P e Profissão	51
Tabela 15: Estatística descritiva e Testes de <i>Kruskall-Wallis</i> : KIDI-P e Rendimento Familiar...	51
Tabela 16: Estatística descritiva e Testes de <i>Kruskall-Wallis</i> : KIDI-P e Instrução	52
Tabela 17: Estatística descritiva e Testes de <i>Kruskall-Wallis</i> : KIDI-P e Local de Residência ...	52
Tabela 18: Estatística descritiva e Testes de <i>Kruskall-Wallis</i> : KIDI-P e Tipo de Habitação.....	53
Tabela 19: Estatística descritiva e Testes de <i>Mann-Whitney</i> : KIDI-P e Funcionalidade Familiar	53
Tabela 20: Estatística descritiva e Testes de <i>Kruskall-Wallis</i> : KIDI-P e Número de filhos.....	54
Tabela 21: Estatística descritiva e Testes de <i>Kruskall-Wallis</i> : KIDI-P e Média de idades dos outros filhos	54
Tabela 22: Respostas da amostra às Atividades Promotoras do Desenvolvimento	56

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Pirâmide Etária – USF Salinas	14
Figura 2: Modelo Ecológico: Determinantes do Desenvolvimento Integral da Infância.....	27

INTRODUÇÃO

Este trabalho foi realizado no âmbito da unidade curricular Estágio, integrada no 1º semestre do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA), em consórcio com o Instituto Politécnico de Bragança e Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, sob a orientação da Professora Doutora Elsa Melo e coorientação da Professora Doutora Assunção Laranjeira.

Durante a idade pré-escolar (dos 3 aos 5 anos de idade) o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) recomenda a existência de três consultas nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) onde se preconiza a avaliação do desenvolvimento infantil através da aplicação da escala de Avaliação do Desenvolvimento *de Mary Sheridan* Modificada. Para uma avaliação adequada do desenvolvimento infantil, os profissionais de saúde devem ter uma observação crítica, desde o momento em que a criança entra no consultório, até que sai e, muito particularmente, durante a interação com os pais/cuidadores. Estes devem valorizar as suspeitas e preocupações veiculadas pelos pais. Por isso, o ambiente da consulta e a atitude dos profissionais deverá propiciar um à vontade suficiente para que pais expressem as suas dúvidas sem receio (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Sabe-se que o desenvolvimento da criança é influenciado pela família através de valores, crenças, expectativas e padrões de comportamento (Lopes & Ferreira, 2015). Por esse motivo, os profissionais de saúde devem estimular e promover o desenvolvimento através da partilha de informação e de ensino aos pais, para que cada criança consiga atingir o máximo das suas capacidades (Direção-Geral da Saúde, 2013). Deste modo, o PNSIJ apresenta para cada idade, uma lista de atividades promotoras do desenvolvimento, que poderão ser recomendadas aos pais/cuidadores no momento da avaliação.

Os Enfermeiros de Família, devido à sua proximidade com as famílias, encontram-se numa posição privilegiada para melhorar os conhecimentos dos pais nesta área. Neste sentido, “os enfermeiros devem ser agentes ativos na promoção do desenvolvimento, junto das crianças e de seus pais, melhorando os conhecimentos dos progenitores, para um adequado acompanhamento/resolução, com sucesso, das etapas inerentes ao desenvolvimento dos seus filhos” (Moita, 2015, p.48). Estes devem reconhecer e capacitar os pais enquanto promotores do desenvolvimento e estabelecer estratégias de parceria através de uma abordagem flexível e de partilha, atribuindo importância aos conhecimentos e experiências dos pais.

A partir do quadro conceptual, a unidade de saúde onde se realizou o estágio serviu de contexto para a realização de um projeto de investigação sobre o “Conhecimento dos Pais sobre o Desenvolvimento Infantil dos Filhos em Idade Pré-escolar: Contributos do Enfermeiro de Família”. Assim, os principais objetivos deste relatório são descrever e refletir sobre o desenvolvimento de

competências desenvolvidas durante o estágio e apresentar o estudo empírico referido anteriormente.

De forma a alcançar os objetivos, este documento encontra-se estruturalmente dividido em dois capítulos - a análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências em contexto de estágio (Capítulo I) e o estudo empírico (Capítulo II). Na primeira parte, será apresentada uma breve contextualização do local de estágio e a análise critico-reflexiva do desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF). Na segunda parte, referente ao percurso metodológico, apresentar-se-á uma breve contextualização do estudo e o enquadramento teórico, assente numa revisão da literatura sobre o desenvolvimento infantil na idade pré-escolar e a importância da capacitação dos pais pelo Enfermeiro de Família. Segue-se a metodologia com a descrição e justificação do tipo de estudo, a população-alvo, a problemática e os objetivos, o instrumento e os procedimentos de recolha de dados. De seguida, serão analisados os dados e os resultados obtidos. Por fim, a conclusão do estudo onde se sintetiza a informação, realçando os principais aspetos a reter, os contributos e as propostas de intervenção para as boas práticas do EEESF.

**CAPITULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

No período compreendido entre 23 de setembro de 2019 e 21 de fevereiro de 2020, realizou-se um estágio de natureza profissional na USF Salinas, com um total de 480 horas de prática clínica. Este foi concretizado sob tutoria da Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar Diana Tavares e orientação pedagógica da Professora Doutora Elsa Melo.

A USF Salinas, pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Baixo Vouga enquanto serviço de saúde local da Administração Regional de Saúde (ARS) Centro, iniciou atividade a 18 de outubro de 2013. Atualmente, funciona em modelo A. O seu horário de funcionamento é das 8 horas às 18 horas todos os dias úteis (USF Salinas, 2017).

Esta unidade situa-se na freguesia de Cacia, cuja área geográfica é de 37,36 km² e tem cerca de 7354 habitantes. Para além de integrar utentes dos lugares de Cacia (Vilarinho, Sarrazola, Quintã do Loureiro e Póvoa do Paço), inclui também utentes com residência nas freguesias ou lugares de Esgueira, Eixo, Santa Joana e Angeja (USF Salinas, 2019a).

A equipa coordenada pela Doutora Ana Padrão é constituída por 4 médicas, 4 enfermeiras e 3 secretárias clínicas, com competências específicas definidas pelo Regulamento Interno da USF. Exercem funções também nesta unidade 1 assistente operacional e 2 funcionárias de limpeza de empresa externa, encarregues do apoio ao funcionamento e da higienização (USF Salinas, 2019a).

Cada equipa, médico/enfermeiro/secretário clínico, é responsável por uma lista de utentes/famílias, aos quais prestam cuidados de saúde globais, contínuos e integrados, de acordo com o preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Este modelo de funcionamento possibilita a cada família ter profissionais de saúde de referência e facilita o estabelecimento de uma relação de maior proximidade e de confiança entre ambos, aprofundando e enriquecendo a relação terapêutica (USF Salinas, 2019a).

A USF Salinas tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população inscrita, na sua totalidade bio-psico-social, como unidade pioneira e de referência. A sua visão é garantir cuidados de saúde de forma personalizada, bem como a acessibilidade, continuidade e globalidade dos mesmos à população. Toda a equipa multidisciplinar tem como valores a excelência, ética, satisfação (dos utentes e dos profissionais) e a cooperação (USF Salinas, 2019b).

De acordo com os dados do Serviço Nacional de Saúde, em setembro de 2019, a USF Salinas tinha 7050 utentes inscritos, cuja caracterização da população quanto à faixa etária e ao género se encontra ilustrado na Figura 1 (Serviço Nacional de Saúde, 2019).

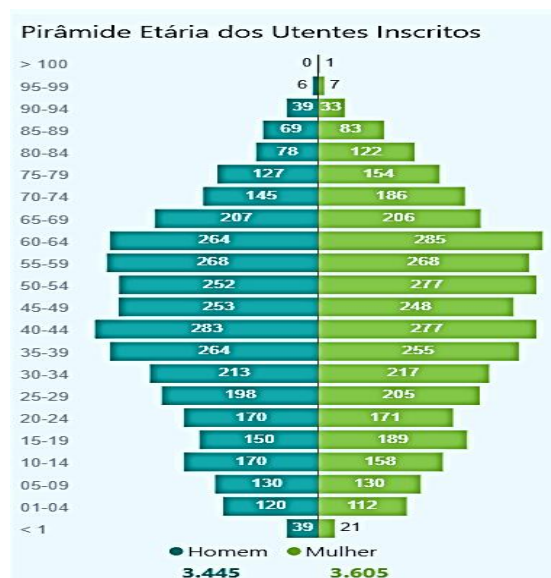


Figura 1: Pirâmide Etária – USF Salinas (Serviço Nacional de Saúde, 2019)

Da análise desta distribuição pode constatar-se que a pirâmide etária segue a tendência nacional, ou seja, o alargamento da zona central e o estreitamento da base e do topo, confirmando o envelhecimento populacional. Existe um maior número de pessoas idosas com idade igual ou superior aos 65 anos ($n=1463$) em relação ao número de jovens dos 0 aos 14 anos de idade ($n=880$).

No que diz respeito à distribuição de utentes por género, esta é semelhante para ambos, sendo que da população inscrita 48,87% são do género masculino e 51,13% do género feminino. Da observação da Figura 1 é possível ainda constatar que a faixa etária com mais utentes nos homens é a dos 40-44, com 283 indivíduos, e nas mulheres é a dos 60-64, com 285 indivíduos.

De acordo com os princípios da USF e com o Guia Orientador do Estágio foram definidos os seguintes objetivos de aprendizagem (Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, Instituto Politécnico de Bragança & Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, 2019):

- Cuidar a família como uma unidade de cuidados;
- Prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária;
- Mobilizar os recursos da comunidade para a prestação de cuidados à família capacitando a mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento;
- Identificar precocemente os determinantes da saúde com efeitos na saúde familiar;

- Desenvolver em parceria com a família processos de gestão, promoção, manutenção e recuperação da saúde familiar, identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da sua autonomia.

Para atingir os objetivos supramencionados o estudante foi incentivado a realizar um trabalho autônomo e desenvolver de competências focadas no cuidado à família, de acordo com o Regulamento nº 126/2011 de 18 de fevereiro; Decreto-lei nº 118/2014 de 5 de agosto e o Regulamento nº 367/2015 de 29 de junho. Assim, foi proposto ao estudante desenvolver as seguintes competências:

- Reconhecer a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização, que lhe confere uma organização estrutural específica;
- Conceber a família como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital;
- Desenvolver o processo de cuidados em colaboração com a família estimulando a participação significativa em todas as fases do mesmo;
- Realizar avaliação, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família nas dimensões estrutura, desenvolvimento e funcionamento;
- Reconhecer situações de especial complexidade formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar;
- Realizar e avaliar intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar.

Em 2018, a Ordem dos Enfermeiros (OE) atualizou o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar. De acordo com este novo regulamento as competências são:

- Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;
- Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar.

Para além disso, foram desenvolvidas aptidões ao nível das metodologias de investigação, uma vez que durante o estágio desenvolveu-se o estudo “Conhecimento dos Pais sobre o Desenvolvimento

Infantil dos filhos na Idade Pré-escolar: Contributos do Enfermeiro de Família”, o qual será apresentado posteriormente.

2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O Decreto-Lei nº 118/2014 de 5 de agosto, vem regulamentar o papel do Enfermeiro de Família como sendo “o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multidisciplinar de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade” (2014, p. 4070). Este desenvolve o processo de cuidados em colaboração com a família, estimulando a participação significativa dos seus membros em todas as fases do processo; foca-se na família como um todo e nos seus membros individualmente, prestando cuidados nas diferentes fases do ciclo vital da família e promove as intervenções mais adequadas para a facilitar as mudanças no funcionamento familiar (Monteiro, 2009).

Quando iniciei o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar era recém-licenciada e, por isso, senti dificuldade em compreender alguns dos conceitos inerentes à Enfermagem de Saúde Familiar e a desenvolver as competências preconizadas pelo Guia Orientador de Estágio. Todavia, o facto de ter realizado ensino clínico na USF Salinas durante a licenciatura, foi vantajoso, uma vez que, conhecia a equipa multidisciplinar e a sua dinâmica de trabalho, bem como alguns dos utentes/famílias inscritos. Estes não me atentavam como uma estagiária, mas como elemento da equipa, o que facilitou a integração e o meu desenvolvimento enquanto aluna, profissional de saúde e futura Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar.

Como residente e trabalhadora em Cacia, e conhecendo a área geográfica de influência da USF Salinas (lugar predominantemente rural, fortemente influenciado pela proximidade da cidade de Aveiro e pela existência de grandes fábricas), bem como as características da população, consegui atuar de forma mais contextualizada na realidade das famílias. Sabe-se que as condições de habitação da população são maioritariamente razoáveis, verificando-se um grande crescimento habitacional, mas existem agregados familiares que vivem em precárias condições de habitabilidade, pertencendo a um meio socioeconómico pobre e degradado (USF Salinas, 2019b). Há graves problemas sociais como alcoolismo, mendicidade e prostituição, aos quais se adicionam outros problemas relacionados com o envelhecimento solitário e sem rede familiar de suporte. O conhecimento da comunidade torna-se crucial para a adequação das intervenções, pois existe uma ligação entre a saúde familiar e a saúde ambiental (Figueiredo, 2009).

Outra mais valia para o desenvolvimento das minhas competências foi ter sido supervisada por uma Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, conhecedora dos referenciais teóricos e com prática nos cuidados de enfermagem às famílias. Esta estava desperta para as minhas limitações e capacidades. A sua atuação serviu como referência/modelo de construção do papel do Enfermeiro de Família, pela forma como cuida das famílias como um todo, e simultaneamente, de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção. Para além disso, é um exemplo na forma como lidera e colabora nos processos de

intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar. Com dedicação, articula e mobiliza os recursos necessários à prestação de cuidados à família.

Durante o estágio tive a oportunidade de realizar todas as funções da equipa de enfermagem definidas pelo Regulamento Interno da USF Salinas - realização de consultas de vigilância de Saúde Infantil/Juvenil, Saúde Materna, Planeamento Familiar, “Diabetes/Hipertensão” e de Rastreio Oncológico; realização de tratamentos e administração terapêutica; articulação com as médicas de famílias a remarcação de utentes em falta das consultas de vigilância; gerir o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação dos utentes da USF; participação nos programas de saúde da USF; organização e atualização dos ficheiros clínicos; participação em programas de Educação para a Saúde; promoção da interligação com os outros níveis de cuidados e desenvolver algumas atividades de governação clínica (USF Salinas, 2019b).

De entre todas as atividades desenvolvidas, destaco a consulta de enfermagem que permitiu clarificar as responsabilidades do EEESF. Assim, desenvolvi as seguintes competências:

Reconhecer a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização, que lhe confere uma organização estrutural específica;

Esta competência pressupõe que o estudante identifique a família como um sistema social, que se auto define e que exerce funções internas e externas específicas do seu desenvolvimento; reconheça a unicidade da família, perspetivando-a num contexto ecossistémico; compreenda a unidade familiar com múltiplas formas de organização, associadas a diversas configurações familiares e identifique a família como um sistema constituído por subsistemas, que faz parte integrante de supra sistemas mais amplos.

Para conseguir compreender a família como unidade, é fundamental a sua conceptualização através de um paradigma que retrate a sua complexidade, globalidade, reciprocidade e multidimensionalidade. Esta abordagem deve considerar tanto a historicidade da família, quanto o seu contexto. Para isso é necessário alterar o foco de observação do indivíduo para a família, compreender a sua complexidade através das relações intra-sistémicas e inter-sistémicas, aceitar os seus processos de auto-organização e reconhecer a sua participação no sistema (Figueiredo, 2012).

De acordo com a ideia supramencionada, esta competência foi desenvolvida através do contacto frequente com as várias famílias inscritas na USF. A minha procura e abertura durante as consultas de enfermagem, ajudou-me a aproximar dos utentes, dos seus familiares e respetivos subsistemas. Foram necessários vários contactos para ficar a conhecer melhor quer as características quer os recursos das famílias, bem como identificar comportamentos e atitudes. Esforçava-me para tentar conhecer os contextos sociais quanto às suas relações entre os membros e com a comunidade

envolvente à família. Após este conhecimento procurava adequar os cuidados prestados a cada utente e família.

Como exemplo prático, numa das consultas programadas de vigilância de saúde juvenil, intervim com uma adolescente que referia ter dificuldades em manter amizades. Referia que tinha uma personalidade complicada e que discutia com dificuldade com as amigas na escola. Esta situação também transtornava os pais da adolescente que a acompanhavam na consulta.

A família é como um todo, que é afetada quando um dos seus membros vivência problemas de saúde e, consequentemente, altera o estado de bem-estar de todos os seus membros. Em parceria com a Médica de Família e a minha Enfermeira Supervisora, procuramos conhecer melhor o contexto familiar, escolar e social daquela adolescente. Sugeriu-se que realizasse alguma atividade física extracurricular, onde pudesse conhecer novos amigos. Na consulta tentou-se encontrar recursos da comunidade que fossem ao encontro das expectativas da adolescente, bem como das possibilidades dos pais. Sabendo da existência de uma avó que residia na zona onde se praticava o desporto preferido, conseguiu-se, em conjunto com a família, encontrar uma solução. Assim, o conhecimento da complexidade desta família, permitiu em conjunto encontrar a estratégia mais adequada para a gestão das emoções, melhorar os relacionamentos e melhor interagir com recursos comunitários.

Conceber a família como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital;

Esta competência foi desenvolvida através da preocupação em reconhecer a relação entre os níveis de saúde individual e familiar; em identificar o ciclo vital como percurso transversal previsível a todas as famílias, com eventos atípicos associados às entradas e saídas de elementos; em reconhecer os fatores de stresse familiares que implicam transições situacionais e de saúde/doença e a identificar processos de evolução transacional associados ao crescimento específico de cada familiar.

Durante o estágio houve a oportunidade de interagir com famílias, nas várias fases do ciclo vital (formação do casal, família com filhos pequenos, família com filhos na escola, família com filhos adolescentes e família com filhos adultos), com estruturas e mecanismos de organização diferentes e a vivenciarem processos transacionais. Segundo Figueiredo (2012, p. 51), “as famílias caminham através de transições, em que os novos contextos requerem mudança nos padrões familiares, que podem derivar de dois tipos de situações causadoras de perturbação: associadas ao ciclo vital da família, designadas normativas ou ecológicas ou ainda situação não normativas, decorrentes de situações e stress acidentais”. Assim, a família, enquanto unidade de cuidados, requer intervenções de enfermagem que vão ao encontro das necessidades identificadas face às transições normativas ou acidentais.

Um exemplo prático de uma transição normativa inerente ao ciclo vital é a transição para a parentalidade. Esta situação implica que a função conjugal do casal se mova para a função parental. A nova configuração familiar leva à redistribuição de papéis entre os cônjuges e o seu envolvimento nas tarefas parentais. Para além disso, a gravidez é uma fase de mudança tanto para cada um dos membros do casal, como para o sistema familiar e extrafamiliar onde se vai integrar a criança (Figueiredo, 2012).

Durante as várias consultas de vigilância de Saúde Materna, reparou-se que o desconhecimento das várias áreas sobre a gravidez, conduzia para a diminuição do bem-estar do casal. O meu conhecimento das tarefas próprias da etapa do ciclo de vida familiar permitiu antecipar motivos de stresse, fornecer estratégias adaptativas eficazes e transmitir segurança ao casal, possibilitando a parentalidade e conjugalidade mais saudável. Assim, torna-se importante considerar os membros do casal como agentes ativos, participantes nos seus cuidados de saúde e na prestação conjunta de cuidados à futura criança. Para além disso é essencial dar a conhecer aos futuros pais a importância de comportamentos e hábitos, atendendo às suas necessidades, preocupações e ao meio onde estão inseridos.

Em suma, neste processo de transição, o papel do Enfermeiro de Família vai ao encontro do apoio emocional e educacional. Este faz parte da rede de apoio à grávida/casal, à família e é ainda agente facilitador no processo de transição para a parentalidade. Este deve acompanhar e educar a grávida/casal de forma a tornar este período num processo menos angustiante e mais adaptativo. As consultas são um momento ideal para proporcionar o desenvolvimento das competências e a adaptação ao papel parental, fomentando o bem-estar do casal/família relativamente à experiência da gravidez.

Desenvolver o processo de cuidados em colaboração com a família estimulando a participação significativa em todas as fases do mesmo;

Na terceira unidade de competência, o estudante deve identificar as forças da família e de cada um dos seus membros individualmente; utilizar diversos níveis de abordagem familiar de acordo com o contexto de cuidados; utilizar modelos conceptuais de Enfermagem de Saúde Familiar que orientam tanto para a colheita de dados como para o planeamento de intervenções.

Esta competência foi desenvolvida, tendo em conta o paradigma sistémico, utilizando como referencial teórico o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF). A sua estrutura operativa permite a interligação entre as etapas do processo de enfermagem e a orientação e sistematização dos cuidados à família, segundo a dimensão estrutural, de desenvolvimento e funcional.

Durante o estágio, utilizei como metodologia de aprendizagem o estudo de caso numa família inscrita na USF Salinas. Esta é composta por um casal de namorados adolescentes que tiveram o

primeiro filho em 2019. Na consulta de Saúde Infantil dos 4 meses de idade do filho observaram-se dificuldades no desenvolvimento infantil do bebé, segundo a Escala de *Mary Sheridan*, pela médica e Enfermeira de Família. Nesta consulta, realizaram-se ensinamentos à avó paterna para estimular o bebé, uma vez que, a mãe ficou no carro e não acompanhou o filho à consulta.

As consultas de saúde infantil são uma janela de oportunidade para se avaliar as relações interpessoais, as dinâmicas e normas que regulam a vida dos grupos significativos a que a criança pertence. Este tipo de contato tornou-se fundamental para a compreensão do comportamento dos vários elementos da família. Assim, consegue-se desenvolver o processo de cuidados, em colaboração com a família, estimulando a participação significativa em todas as fases do mesmo.

Com a aplicação do MDAIF conseguiu-se identificar as forças e recursos de cada um dos seus membros individualmente, o que ajudou a validar as tomadas de decisão com a família e a planear soluções promotoras de mudança. No caso concreto desta família, na consulta de Saúde Infantil dos nove meses do bebé, ao reavaliar o desenvolvimento infantil constatou-se que já não apresentava dificuldades tão acentuadas.

Em síntese, a realização do estudo de caso ajudou a compreender a importância do Enfermeiro de Família na promoção e avaliação do desenvolvimento infantil, suscitando o interesse em desenvolver um estudo empírico nesta área na USF Salinas. Para além disso, esta metodologia ajudou a desenvolver conhecimentos e competências específicas na área da avaliação e intervenção familiar, contribuindo para uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade à família.

Realizar avaliação, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família nas dimensões estrutura, desenvolvimento e funcionamento;

A quarta unidade de competência pressupõe que o estudante consiga avaliar o funcionamento da unidade familiar em simultâneo com a avaliação individual dos membros da família, a funcionalidade da família, os valores e crenças da família, o estágio do ciclo vital, as preocupações, os pontos fortes e limitações da família.

Para realizar esta avaliação dinâmica e ecológica às famílias, apliquei os diferentes instrumentos preconizados no MDAIF em diversas consultas de enfermagem (Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, Escala de *Graffar* Adaptada, APGAR familiar de *Smilkstein*, Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão familiar, ciclo vital da família de Relvas, o Genograma e o Ecomapa).

Segundo Figueiredo (2009, p. 148), “para uma avaliação eficaz deve ser estimulada a participação da família, com a presença do maior número de elementos, realçando-se a importância do conhecimento da percepção de todos os membros quanto ao funcionamento da família”. Destaco as visitas domiciliárias como aspeto facilitador da aplicação do MDAIF, uma vez que existem itens que se percebem de forma automática no local. A visita domiciliária permite uma avaliação

do ambiente social e familiar e a intervenção na família, através da participação de todos os seus membros, revelando-se o melhor meio para conhecer a família no seu contexto habitacional, relacional e estrutural, bem como as suas redes de apoio.

Por outro lado, o desenvolvimento desta competência teve como fator limitador o tempo. A avaliação familiar de acordo com o MDAIF exige tanto disponibilidade do profissional como da família para partilhar toda a informação pretendida. Para além disso, os registos possíveis no *SClínico* são demorados e não conseguem traduzir todo o trabalho realizado em contexto prático. Não é possível elaborar um genograma e um ecomapa no sistema informático e, no que diz respeito às etapas do ciclo vital, o MDAIF baseia-se na classificação de Relvas enquanto que o *SClínico* utiliza a classificação de *Duvall*. Seria assim importante a adequação dos sistemas de informação à matriz operativa do MDAIF, pois com a informatização completa do modelo, os Enfermeiros de Família conseguiriam recolher dados e avaliar o impacto da sua utilização no âmbito dos cuidados à família.

Reconhecer situações de especial complexidade formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar;

Para alcançar esta competência o estudante deve formular os diagnósticos das necessidades específicas da família, com base nos problemas percecionados por esta e utilizar modelos para trabalhar com as famílias no planeamento dos cuidados. Assim sendo, o estudante deve ser capaz de negociar um plano colaborativo de cuidados com a família, priorizando os seus objetivos em saúde.

Segundo Figueiredo (2012, p. 135) “o planeamento das intervenções conducentes à mudança, deve considerar primordialmente as forças da família, no sentido de que a mudança seja percecionada como viável e assim obter o comprometimento da família com o plano”. Como exemplo prático, verificou-se durante os tratamentos de feridas, a importância da presença/envolvimento de familiares. Quando era necessário fazer tratamento curativo no domicílio durante o fim-de-semana, realizava-se ensinamentos aos familiares que se demonstravam interessados em colaborar. Para além de se fornecer todo o material necessário, tinha-se em consideração as possibilidades, valores e crenças das famílias. Verificou-se, assim, um cuidado colaborativo, promotor da participação da família e maximizador do potencial de saúde.

Realizar e avaliar intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar;

Os ganhos manifestam-se pelas mudanças ocorridas no funcionamento familiar, que implica novas histórias, novas relações e novos comportamentos. A mudança num dos níveis de funcionamento implica uma mudança global nos padrões familiares. De acordo com estes princípios e, seguindo a linha de pensamento da competência anterior, procurei que os utentes e família tivessem um papel

proactivo na adoção de comportamentos conducentes a mudanças, com o objetivo de manter o equilíbrio e o funcionamento familiar.

Como exemplo prático, saliento a realização das consultas de vigilância de doenças crónicas onde implementei algumas estratégias, nomeadamente: marcação de consultas de vigilância em horários favoráveis à pessoa/família; consultas de enfermagem orientadas para a avaliação e capacitação da pessoa/família para a Gestão do Regime Terapêutico; verificação da lista de inscritos com diagnóstico de Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* e convocação de todos os utentes sem consulta marcada para cada semestre; Construção e manutenção de relação de confiança, ajuda e empatia da equipa de saúde com a pessoa/família.

Resta salientar que apesar da reflexão de cada competência separadamente, todas elas se encontram interligadas. Foi sempre uma preocupação a procura permanente da excelência no exercício profissional, ou seja, alcançar os padrões de qualidade referentes ao EEESF. Este persegue os mais elevados níveis de satisfação da família; ajuda a família a alcançar o máximo potencial de saúde; previne complicações para a saúde da família; maximiza o bem-estar da família e promove a capacitação da família; desenvolve processos de adaptação eficaz aos problemas de saúde em conjunto com a família e contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

CAPITULO II – ESTUDO EMPIRICO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

A investigação em Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) desenvolveu-se a partir da década de noventa do século XX, despontando o crescente interesse, a nível teórico e clínico, relativamente às questões da família enquanto alvo de intervenção. As diversificadas publicações sobre esta temática demonstram o interesse dos enfermeiros nos estudos sobre famílias e a sua inclusão como unidade de cuidados, contribuindo para a transformação dos paradigmas da investigação em Enfermagem de Saúde Familiar. Os estudos sobre famílias têm progredido para uma matriz sistémica, holística e global, onde a família é vista como uma organização de relações dinâmicas, contextuais e complexas em interação com o meio (Figueiredo, 2012).

Este trabalho procura contribuir para a investigação nesta área através da realização de um estudo empírico no âmbito da promoção do desenvolvimento infantil em idade pré-escolar pelo Enfermeiro de Família.

A pertinência de estudar e intervir neste domínio é justificada pela OMS que criou um plano de cuidados de criação para o desenvolvimento infantil, uma vez que, milhares de crianças não estão a desenvolver todo o seu potencial devido a carências nutricionais, falta de estimulação precoce e poucas oportunidades de aprendizagem. Esse plano propõe metas que vão ao encontro dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, entre elas destaca-se que “até 2030, garantir que todos as meninas e meninos tenham acesso a um desenvolvimento de qualidade na primeira infância, cuidados e educação pré-escolar, de modo que eles estejam prontos para o ensino primário” (Organização Mundial de Saúde & Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2018, p. 16).

Em Portugal, o PNSIJ detém também como principal enfoque as questões relacionadas com o desenvolvimento infantil. Durante a idade pré-escolar recomenda a existência de três consultas nos CSP, onde se preconiza que seja avaliado o desenvolvimento da criança através da aplicação da escala de Avaliação do desenvolvimento *de Mary Sheridan* Modificada. Este instrumento divide as competências características de cada idade em quatro áreas: postura e motricidade global; visão e motricidade fina; audição e linguagem; comportamento e adaptação social. Para além disso, indica os sinais de alarme, as atividades promotoras do desenvolvimento e os parâmetros a avaliar em cada idade. De salientar que este e outros instrumentos de avaliação devem ser aplicados em parceria com os pais, num ambiente calmo e tendo em consideração que cada criança/família é única, com uma dinâmica própria (Moita, 2015).

O desenvolvimento da criança é influenciado pela família através dos valores, crenças, expectativas e padrões de comportamento. Por esse motivo, torna-se importante que os pais tenham formação para estimular e promover o desenvolvimento infantil. Assim, “os enfermeiros devem ser agentes ativos na promoção do desenvolvimento, junto das crianças e de seus pais, melhorando os

conhecimentos dos progenitores, para um adequado acompanhamento/ resolução, com sucesso, das etapas inerentes ao desenvolvimento dos seus filhos” (Moita, 2015, p. 48).

No sentido de se explorar esta temática foi realizado um estudo empírico, durante o período de estágio, intitulado “Conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil dos filhos na idade pré-escolar: Contributos do Enfermeiro de Família”: Este estudo teve subjacente as seguintes questões de investigação:

- Quais os conhecimentos dos pais de crianças em idade pré-escolar sobre o desenvolvimento infantil?
- Quais os fatores que influenciam os conhecimentos dos pais de crianças em idade pré-escolar sobre o desenvolvimento infantil?
- Quais as atividades promotoras de desenvolvimento recomendadas aos pais de crianças em idade pré-escolar durante as consultas de saúde infantojuvenil pelos Enfermeiros de Família?

O referido estudo será apresentado neste capítulo que se encontra dividido em cinco partes fundamentais: o enquadramento teórico, onde se explora a temática através da revisão da literatura; a metodologia, onde se descreve detalhadamente de que forma o estudo foi realizado; a apresentação dos resultados, decorrentes do processo de colheita de dados; a discussão dos resultados, em que se efetua o confronto entre os resultados obtidos com outros estudos e, finalmente, as conclusões do estudo.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Desenvolvimento Infantil

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010, p. 42), o “desenvolvimento infantil é um tipo de crescimento com as características específicas: processo de desenvolvimento físico normal e progressivo, de acordo com a idade aproximada e estádios de crescimento e desenvolvimento, desde o nascimento e através da infância até à idade adulta”. Numa perspetiva holística, o desenvolvimento infantil é definido como um processo de aquisição de competências, habilidades e comportamentos cada vez mais complexos, que resulta da interação de influências exteriores à criança (Cheio, 2016).

O desenvolvimento infantil corresponde ao aumento da capacidade do indivíduo na realização de funções cada vez mais complexas, ou seja, o avanço a partir de estágios mais inferiores para estágios mais complexos. (Direção-Geral da Saúde, 2013). Segundo Cheio (2016, p.20) “os valores e ritmo de desenvolvimento variam de uma criança para a outra, e consequentemente, a idade de aparecimento de novas aquisições também difere, havendo um leque muito alargado de diferenças individuais normais, e só quando o desvio da norma é extremo é que há razão para se considerar o desenvolvimento excecionalmente avançado ou atrasado”.

O modelo ecológico do desenvolvimento humano parte da conceção ecológica, na qual diferentes ambientes interagem entre si (Figura 2). Neste modelo os ambientes representados pelo Estado, a Comunidade e a Família, interferem com o desenvolvimento da criança. O Estado com a formulação de políticas e marcos institucionais. A comunidade, através de modelos de organização e participação. A Família devido ao seu papel de proteção, cuidado e satisfação das necessidades da criança. (Figueiras, Neves, & Graziela, 2005)

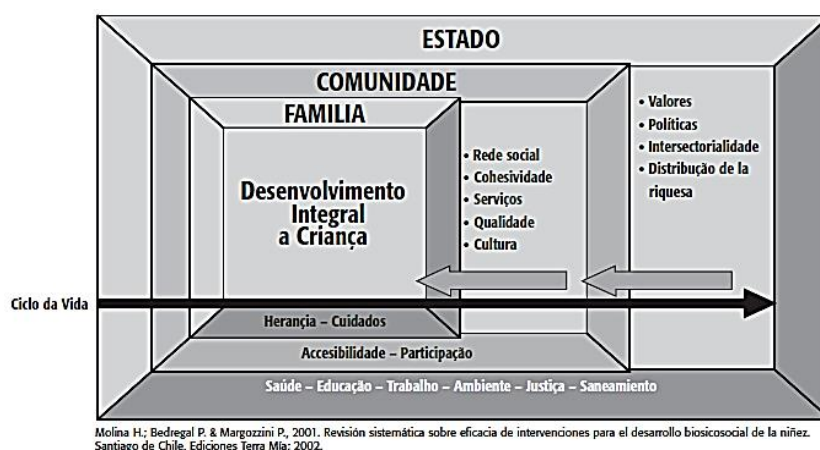


Figura 2: Modelo Ecológico: Determinantes do Desenvolvimento Integral da Infância (Figueiras, Neves, & Graziela, 2005)

Assim, para compreender o desenvolvimento humano deve-se estudar a criança nos vários contextos/ambientes ou sistemas ecológicos, nos quais esta se desenvolve. O microssistema é o ambiente quotidiano imediato da família, escola ou vizinhança, e inclui as relações com os pais, irmãos, amigos, professores. O mesossistema corresponde à interação de vários microssistemas em que a criança está inserida, podendo incluir relações entre casa e escola ou entre a família e o grupo de pares. O exossistema refere-se às ligações entre dois ou mais contextos, não estando a criança inserida em pelo menos um deles, mas que a afeta indiretamente. O macrosistema consiste nos padrões culturais, nas crenças ideológicas dominantes e nos sistemas económicos e políticos. O cronossistema adiciona a dimensão tempo, a influência da mudança ou estabilidade, na criança e no meio. (Cheio, 2016)

Sendo o desenvolvimento da criança decorrente de uma interação entre as características biológicas e o meio ambiente, fatores adversos nestas duas áreas podem alterar o ritmo normal de progressão. Para que haja um adequado desenvolvimento da criança é importante haver um ambiente facilitador, adaptado às necessidades físicas e emocionais da criança, que proporcione segurança, afeto, abrigo e alimentação adequada. A OMS (2018) indica que as crianças necessitam de cinco domínios inter-relacionados - saúde, nutrição, proteção e segurança, aprendizagem precoce e cuidados responsivos - para aproveitar todo o potencial do seu desenvolvimento. Se as crianças não receberem os cuidados necessários que permitem o progresso das suas competências, estas tendem a ser menos saudáveis.

Na área do desenvolvimento infantil existe pouco consenso no que respeita a definição de critérios para a classificação dos desvios em relação à normalidade. Nem sempre é possível saber se se uma alteração é ou não transitória e, muitas vezes, pequenas alterações só são detetadas tardiamente (Cheio, 2016). Por esse motivo, torna-se importante avaliar o desenvolvimento, de modo a identificar precocemente as perturbações e, conseqüentemente, para intervir de forma adequada.

2.2. Características do desenvolvimento infantil em idade pré-escolar

Os autores Hockenberry & Wilson (2018) consideram como período pré-escolar o intervalo dos 3 aos 5 anos de idade. Este período é prodigioso em aquisições relativamente ao seu desenvolvimento, tendo cada criança o seu *timing* próprio para as novas aquisições e progressos (Moita, 2015).

É uma idade de descobertas, imaginação, curiosidade e de desenvolvimento de padrões sócio-culturais de comportamento. “A criança canaliza a sua energia para novas aprendizagens, demonstrando-as aos seus pais, com entusiasmo. Ela aprende a interagir e a relacionar-se com outras crianças e adultos, os comportamentos socialmente aceites, o que é certo e errado e quais as suas consequências, a recompensa ou o castigo” (Moita, 2015, p. 21).

Nesta idade a criança obtém domínio sobre o corpo e anseia pelo início da educação formal. A criança é mais colaborante, consegue partilhar pensamentos com maior rigor e interagir melhor do que na primeira infância. Aos três anos de idade, consegue reconhecer pessoas, objetos e acontecimentos pelo aspeto exterior. Consegue resolver problemas de forma intuitiva, tendo por base apenas um aspeto da situação. Apresenta uma grande imaginação que contribui para o desenvolvimento de medos (medo de lesões físicas, diversos animais, do escuro ou de procedimentos) (Potter & Perry, 2006).

É esperado na idade pré-escolar, no que respeita ao desenvolvimento das capacidades motoras grosseiras, que a criança consiga manusear objetos e jogos simbólicos, sendo capaz de caminhar e correr em segurança, subir e descer escadas usando alternadamente os dois pés e ainda saltar quase 1 metro com os dois pés juntos, tendo controlo postural. Esta deve ainda, conseguir ajudar a vestir-se e a calçar os sapatos; jogar à bola com habilidade, apanhando-a e atirando-a corretamente, orientando bem as trajetórias (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Relativamente ao desenvolvimento motor fino e visão, espera-se que esta pegue em objetos (usando as mãos como instrumento), os observe e manipule com estabilidade. É expectável que, por exemplo, pegue num lápis e o use para desenhar círculos, quadrados e cruzes simples e de várias dimensões, e ainda que tenha a capacidade de desenhar a figura humana e o desenho de uma casa conseguindo pintar dentro dos limites. A criança deve também conseguir “agarrar e colocar num determinado local objetos muito pequenos, como migalhas (...) com um olho tapado separadamente” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 126). É suposto que esta seja capaz de distinguir objetos e sinais a maiores distâncias; e ainda que tenha a capacidade de “lavar a cara, as mãos e os dentes com necessidade de supervisão” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 126).

Quanto ao desenvolvimento social, emocional e comportamental, nesta faixa etária, é esperado que a criança goste de brincar com as outras, que tenha “interesse em aprender sobre tudo o que a rodeia”. Sendo esta uma idade de exploração, a criança tende a fazer muitas perguntas, gaguejando aquando de excitação interior. Além disso, é previsto que esta brinque imitando os seus pais e situações do quotidiano (jogos simbólicos), que goste de ouvir e contar histórias, ver livros e revistas e de aprender e interpretar canções simples dando-lhes alma. Nesta fase, a negação e o confronto com os pais é normal, podendo gerar birras, pelo que a criança pode exibir um comportamento mais independente, orgulhando-se das suas realizações. A mentira vai aparecer como forma de querer continuar o seu mundo mágico, tendo dificuldade em distinguir o real da fantasia (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Ao nível do desenvolvimento comportamental e da adaptação social a criança deve ser capaz de brincar com plasticina, fazer puzzles, construções, mas tem ainda necessidade de se sujar. Nesta idade a criança adquire um maior sentido de responsabilidade, preocupando-se com as crianças mais novas, principalmente quando vê alguém triste. Os trabalhos domésticos, nesta fase, mostram-

se interessantes e esta colabora com as simples tarefas como preparar a mesa para uma refeição (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

No que respeita ao desenvolvimento da fala, linguagem e audição, é expectável que a criança em idade pré-escolar consiga dizer o seu nome, a idade, o género e a morada. Deve também ser capaz de nomear e distinguir as 4 cores básicas e as várias partes do corpo. Começam a ter ténha a capacidade de se exprimir. Deste modo, a criança passa pelas fases do balbúcio, dos gestos, das pequenas palavras, até à construção de frases simples, criando as suas próprias histórias (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

2.3. A família como unidade de cuidados

Sabe-se que família constitui o principal pilar de qualquer criança, já que é com esta que aprende, constrói a sua personalidade, desenvolve a sua capacidade de socialização e recebe os cuidados essenciais para crescer e desenvolver-se da forma mais saudável possível (Ordem dos Enfermeiros, 2010). “Quando a criança nasce recebe como herança, a história da sua família, um lugar na própria família, onde são transmitidas todas as referências identificatórias determinantes para o seu desenvolvimento” (Serra, 2016, p. 13).

Segundo Pina, Mello, & Lunardelo (2008, p. 270) “o processo de crescimento e desenvolvimento infantil sofre influência de fatores diversos, sendo a família considerada como seu contexto primordial”. A família influencia o desenvolvimento das crianças através dos valores, crenças, expectativas e padrões de comportamento (Lopes & Ferreira, 2015). Para que uma criança cresça de forma saudável, o contexto onde esta se encontra inserida deve promover condições de proteção, socialização e educação. Estas funções são essencialmente desempenhadas pela família. Assim, a família deve ser um “espaço” no qual a criança crie de laços afetivos e de Índice de confiança, de modo a revelar a sua identidade (Serra, 2016).

As crianças apresentam diferentes necessidades e competências, e os pais possuem diferentes expectativas em relação aos seus comportamentos à medida que a idade avança, exercendo influência no seu comportamento parental e educativo. De facto, é da responsabilidade dos pais escolher aquilo que ensinam à criança, pois são capazes de saber o que a sociedade vai exigir dela, bem como de tornar o processo de aprendizagem adequado à idade e à fase de desenvolvimento da criança, de forma a ser passível de ser aprendido e de ser satisfatório para esta (Gomes, 2010).

Ser pai ou mãe de um filho, na faixa etária dos 3 aos 5 anos, é sem dúvida um período de transição com muitas interrogações, novos papéis e responsabilidades. Nesta etapa de desenvolvimento da criança a intervenção deve continuar a ser centrada nos adultos responsáveis que controlam os comportamentos e modelam as atitudes da criança. É necessário ajudar os pais a compreender as consequências imediatas a médio e longo prazo das suas atitudes educacionais, e a valorizar os esforços pessoais como um investimento a longo prazo na saúde dos filhos (S. Santos, 2012).

A OE refere a importância de cuidar em parceria com a família. “Promover o desenvolvimento infantil, é ajudar a criança em parceria com a família, na sua circunstância de vida e no seu tempo, a desenvolver-se dentro dos padrões esperados para a sua idade, respeitando o seu ritmo” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.71). A parceria pais-profissionais é considerada como um mecanismo poderoso para a capacitação e potencialização família. Esta parceria implica a crença de que os parceiros são pessoas capazes de se tornar mais competentes ao partilharem conhecimentos, práticas e recursos. Desta forma, os enfermeiros devem incluir os membros da família nos seus planos de cuidados.

De acordo com Figueiredo (2012, p. 69) “os cuidados de enfermagem à família centram-se na interação entre enfermeiro e família, implicando o estabelecimento de um processo interpessoal, significativo e terapêutico”. Os cuidados têm como objetivo a capacitação da família a partir da maximização do potencial de saúde, ajudando-a a ser proativa na concretização dos seus projetos de saúde.

Saber qual o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil é essencial para compreender o que estes pensam acerca do modo como as crianças crescem e aprendem. Permite também refletir sobre a importância de melhorar a qualidade de cuidados (Cruz, Cavalcante, & Pedroso, 2014). Segundo Vale-Dias (2012, p.59), “um maior conhecimento das crenças parentais acerca do desenvolvimento da criança constitui um importante meio para aprofundar a compreensão do comportamento parental, bem como do desenvolvimento da criança, dada a relação entre ambos os fatores”. No mesmo ponto de vista Lopes & Ferreira (2015, p. 315) refere que “a compreensão do desenvolvimento e do potencial de desenvolvimento da criança, e a promoção da aprendizagem parental são áreas em que os pais necessitam de apoio para empreenderem o seu papel e as suas responsabilidades”.

2.4. O Enfermeiro de Família como promotor do desenvolvimento infantil

De acordo com a Resolução da Assembleia da República n.º 171/2019 foi recomendado ao Governo o reforço de respostas na área da saúde infantil nos CSP. A primeira recomendação é que seja assegurado “um médico e um Enfermeiro de Família a todas as crianças e jovens” (Assembleia da República, 2019, p. 70).

O primeiro objetivo do PNSIJ (2013, p.13) é “avaliar o crescimento e desenvolvimento e registar os dados obtidos, nos suportes próprios, nomeadamente no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil ou no *eBoletim*”. Para dar cumprimento a este objetivo o programa menciona que em todas as consultas se deve avaliar a “dinâmica do crescimento e desenvolvimento, comentando a evolução das curvas de crescimento e os aspetos do desenvolvimento psicossocial (Direção-Geral da Saúde, 2013, p.16). Esta avaliação deve ser feita através de uma observação crítica, desde o momento em que a criança entra no consultório, até que sai, bem como durante a conversa com os pais/cuidadores.

Segundo o Guia Orientador de Boa Prática: Promover o Desenvolvimento Infantil na Criança dos 0 aos 5 anos, os enfermeiros devem utilizar na sua prática um “instrumento de avaliação de desenvolvimento infantil fiável seguro e de fácil aplicação” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 72), sugerindo-se a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada por ser um instrumento recomendado pela DGS. Esta escala que faz referência às competências características de cada idade em quatro áreas: postura e motricidade global; visão e motricidade fina; audição e linguagem; comportamento e adaptação social. Indica também os sinais de alarme, as atividades promotoras do desenvolvimento e os parâmetros a avaliar em cada idade. Esta e outras escalas, utilizadas na avaliação do desenvolvimento, devem ser aplicadas em parceria com os pais e em ambiente calmo, tendo sempre em consideração a unicidade de cada criança/família (Direção-Geral da Saúde, 2013).

De acordo com Salvado (2013), na maioria das vezes, a avaliação do desenvolvimento infantil com recurso à Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* é realizada pelos médicos de família. Um estudo observacional realizado por Maia, Fernandes, Leite, Santos, & Pereira (2016) sobre a avaliação do desenvolvimento psicomotor pelos médicos de família confirma que estes profissionais de saúde são os que mais realizam esta avaliação, embora o enfermeiro também tenha um papel ativo em cerca de um terço dos casos. Neste estudo destaca-se positivamente o facto de 77% dos médicos conversarem com os pais sobre as atividades promotoras do desenvolvimento referidas no PNSIJ.

Para intervir de forma assertiva na promoção do desenvolvimento infantil, o Enfermeiro de Família deve associar aos seus conhecimentos o perfil de desenvolvimento da criança, utilizando instrumentos de avaliação do desenvolvimento psicomotor. “A utilização de um teste, apenas faz sentido quando este está incluído numa vigilância continuada da saúde infantil e no âmbito de um largo conjunto de cuidados promotores do desenvolvimento infantil” (Salvador, 2013, p.14).

Os cuidados antecipatórios são especialmente valorizados pela DGS no PNSIJ (2013), como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença. O aconselhamento das atividades promotoras do desenvolvimento adequadas a cada faixa etária, nomeadamente a promoção de atividades como brincar, cantar, conversar, ler histórias, entre outras, revelaram-se uma estratégia adequada para pôr à disposição das famílias.

Assim, o Enfermeiro de Família deve discutir com a família no sentido de a congratular pelos comportamentos adequados ou, por outro lado, corrigir os desajustados, identificar fatores de risco e proporcionar conhecimentos sobre atividades promotoras para um potencial máximo de desenvolvimento. Para além disso, demonstrar as capacidades da criança e apresentar algumas atividades promotoras de desenvolvimento, permite aos pais participar neste processo contínuo.

A Ordem dos Enfermeiros (2010) também defende que os enfermeiros são profissionais privilegiados na educação e aconselhamento dos pais. Estes profissionais de saúde devem também

reconhecer e capacitar os pais, enquanto principais promotores do desenvolvimento. Este têm um papel importante na educação e aconselhamento aos pais, devendo comunicar com os mesmos, estabelecendo estratégias de parceria. Deve fomentar a aliança parental, através de uma abordagem flexível e de partilha, atribuindo importância aos conhecimentos e experiências dos pais.

O PNSIJ recomenda que os profissionais proporcionem aos pais/cuidadores a oportunidade de expressarem as suas dúvidas e suspeitas sobre o desenvolvimento infantil e que avaliem a relação emocional estabelecida entre a criança e os pais. Para Cheio (2016, p. 46), “é fundamental a intervenção dos profissionais de saúde para ajudar os pais a enfrentar os surtos previsíveis do desenvolvimento e os problemas que estes trazem a todas as famílias, de modo a compreenderem o desenvolvimento comportamental e emocional das suas crianças”. Alguns estudos internacionais revelam, que os pais valorizaram as interações com o enfermeiro em que sentiram que este profissional conhece, compreende e preocupa-se com a criança e a família, nomeadamente na satisfação das necessidades de cuidados e de desenvolvimento (Alves, Amendoeira, & Charepe, 2017).

3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

As opções metodológicas de um estudo científico devem ter em conta a natureza do problema a investigar e dependem da perspetiva teórica dos investigadores relativamente às várias formas de abordar esse mesmo problema. Daí que na fase inicial deste trabalho se tenha efetuado um enquadramento teórico, para a compreensão da temática em estudo.

Assim, nesta secção serão descritas e justificadas as opções metodológicas do estudo, nomeadamente, tipo de estudo, a população e amostra, questões de investigação e objetivos, instrumento de recolha de dados e variáveis em estudo, hipóteses de investigação, considerações éticas e o procedimento de análise dos dados.

3.1. Tipo de estudo

O estudo em causa é de nível II e classifica-se como descritivo-correlacional devido a descrever e estabelecer relações entre variáveis. É de cariz quantitativo porque o investigador obtém informações que serão expressas em valores numéricos para serem analisadas. Relativamente à relação temporal, o estudo é considerado transversal porque mede a prevalência de um acontecimento num momento específico (Fortin, 2009).

3.2. População e Amostra

A população é um conjunto de indivíduos com características comuns. Quando esta é objeto de estudo denomina-se “população-alvo” e satisfaz critérios de seleção previamente definidos. Por sua vez, a amostra é uma porção da população sobre a qual se vai desenvolver o estudo (Fortin, 2009).

Nesta investigação a população em estudo é constituída por pais de crianças em idade pré-escolar inscritos na USF Salinas. No período de estágio, estavam inscritas nessa unidade 165 crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 5 anos.

O método de amostragem selecionado foi o não probabilístico por conveniência. Este consiste em escolher indivíduos facilmente acessíveis num determinado local, que correspondem aos critérios de inclusão pré-estabelecidos (Fortin, 2009). Posto isto, a seleção da amostra foi efetuada considerando os seguintes critérios de inclusão:

- Pais maiores de idade de crianças em idade pré-escolar (dos 3 aos 5 anos de idade);
- Pais inscritos na USF Salinas;

Como critérios de exclusão definiu-se:

- Indivíduos que não dominem a língua portuguesa, falada e escrita;

Obteve-se uma amostra final de 103 pais com questionários válidos, tendo-se eliminado um deles por referir nas observações que o acompanhamento da vigilância de saúde do filho era realizado principalmente no setor privado de saúde.

3.3. Questões de investigação e objetivos do estudo

A questão de investigação é um enunciado interrogativo, preciso e escrito no presente que serve de base à formulação do problema de investigação (Fortin, 2009). Neste sentido foram formuladas as seguintes questões de investigação:

- Quais os conhecimentos dos pais de crianças em idade pré-escolar sobre o desenvolvimento infantil?
- Quais os fatores que influenciam os conhecimentos dos pais de crianças em idade pré-escolar sobre o desenvolvimento infantil?
- Quais as atividades promotoras de desenvolvimento recomendadas aos pais de crianças em idade pré-escolar durante as consultas de saúde infantil pelo Enfermeiro de Família?

Para dar resposta às questões de investigação definiram-se os seguintes objetivos:

- Identificar o grau de conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil dos filhos em idade pré-escolar;
- Analisar a influência das variáveis sociodemográficas, nível socioeconómico, funcionalidade familiar e características sobre os filhos no conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil dos filhos em idade pré-escolar;
- Identificar as atividades promotoras de desenvolvimento recomendadas aos pais durante a consulta de saúde infantil pelos Enfermeiros de Família, de acordo com o previsto na norma nº010/2013 da DGS.

3.4. Hipóteses de investigação

A hipótese é considerada uma previsão experimental sobre a relação entre duas ou mais variáveis, traduzindo o enunciado do problema para uma previsão dos resultados esperados (Fortin, 2009). Com base na revisão da literatura e tendo como suporte as questões e objetivos deste estudo formularam-se as seguintes hipóteses de investigação:

- H1: O conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil é influenciado por variáveis sociodemográficas (idade, género, tipo de família e estado civil);

- H2: O conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil é influenciado pelo nível socioeconómico;
- H3: O conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil é influenciado pela funcionalidade familiar;
- H4: O conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil é influenciado pelas características sobre os filhos.

3.5. Instrumento de recolha de dados e variáveis em estudo

Para alcançar os objetivos supramencionados foi concebido um questionário (Apêndice I) para os pais de crianças em idade pré-escolar. Este questionário é constituído por 103 perguntas (2 abertas e 101 fechadas), é de autopreenchimento e demora, em média, 20 minutos a preencher. Encontra-se dividido em três partes:

- I. Caracterização da amostra;
- II. Inventário de conhecimento sobre o desenvolvimento infantil;
- III. Atividades promotoras do desenvolvimento de acordo com o previsto pela norma nº010/2013 da DGS.

Para caracterização da amostra consideraram-se as seguintes variáveis: idade, género, tipo de família, estado civil, nível socioeconómico segundo a Escala de *Graffar* Adaptada, profissão, origem do rendimento familiar, instrução, local de residência, tipo de habitação, funcionalidade familiar com a aplicação do APGAR Familiar de *Smilkstein*, número de filhos e idades dos outros filhos. Estas são variáveis independentes, ou seja, influenciam/afetam a variável dependente (Fortin, 2009).

A variável **idade** corresponde ao número de anos completos do sujeito participante à data do preenchimento do questionário. Posteriormente, classificou-se a variável em quatro categorias de 5 em 5 anos, sendo que a primeira categoria incluía os sujeitos com idade igual ou inferior a 30 anos e a última incluía os sujeitos com mais de 40 anos de idade.

O **género**, variável dicotómica, foi classificada em feminino ou masculino.

Relativamente ao **tipo de família**, classificou-se a família de acordo com Figueiredo (2009): “Família Nuclear” - uma só união entre adultos e um só nível de descendência pais e seu(s) filho(s); “Família reconstituída” – existe uma nova união conjugal, com ou sem descendentes de relações anteriores, de um ou dos dois cônjuges; “Família alargada” - Co-habitam ascendentes, descendentes e/ou colaterais por consanguinidade ou não, para além de progenitor(es) e/ou filho(s); “Família monoparental” - Família constituída por um progenitor que co-habita com o(s) seu(s) descendente(s); “Família de coabitação” – Homens e/ou Mulheres que vivem na mesma habitação sem laços familiares ou conjugais, com ou sem objetivo comum; “Família institucional” - reporta-se a conventos, orfanatos, lares de idosos, internatos.

O **estado civil**, variável nominal operacionalizada com 5 opções: “Solteiro” – o indivíduo nunca se casou; “Casado” – a pessoa contraiu matrimônio; “União de Facto” - casal, independentemente do género, que viva em conjunto como se fosse casado (com um relacionamento estável e partilhando a mesma casa) há dois anos; “Viúvo” – pessoa cujo conjugue faleceu; “Divorciado” - após a homologação do divórcio pela justiça ou por uma escritura pública.

A Escala de *Graffar* Adaptada foi selecionada por ser um método de estratificação social que avalia o **nível sócioeconómico** associando cinco dimensões: **Profissão; Instrução; Origem do Rendimento Familiar; Tipo de Habitação e Local de Residência**. Esta estabelece uma pontuação de 1 a 5 para cada dimensão. Com a soma da pontuação de cada dimensão obtém-se o índice total que é convertido em classes e permite mensurar esta variável em: família de classe alta; família de classe média alta; família de classe média; família de classe média baixa e família de classe baixa.

Para avaliar a **funcionalidade familiar** utilizou-se o APGAR Familiar de *Smilkstein*. Esta escala inclui vários aspetos correspondentes às funções familiares, sendo estas a Adaptação Intrafamiliar; Participação e a Comunicação; Crescimento e o Desenvolvimento; Afeto e Decisão. Esta é constituída por cinco perguntas que quantificam a perceção que o indivíduo tem do funcionamento da sua própria família. Cada pergunta tem três possibilidades de resposta, a que correspondem as seguintes pontuações: “quase sempre” - 2 pontos; “algumas vezes” - 1 ponto; “quase nunca” - 0 pontos. O resultado obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das perguntas, podendo as famílias ser classificadas em: Família Altamente Funcional; Família com moderada disfunção e Família com disfunção acentuada.

A variável **número de filhos** permite conhecer a quantidade de descendentes do inquirido.

A última variável em estudo corresponde à **média de idades dos outros filhos**, ou seja, ao número de anos completos dos outros filhos à data do preenchimento do questionário. Classificou-se a variável em três categorias: “até aos 6 anos”; “dos 7 aos 12 anos” e “mais de 12 anos”.

Em suma, na Tabela 1 são apresentadas as variáveis de caracterização da amostra e respetivos indicadores.

Tabela 1: Variáveis de caracterização da amostra e respetivos indicadores

Variáveis	Indicadores
Idade	• Até aos 30 anos
	• 31 aos 35 anos
	• 36 aos 40 anos
	• Mais de 40 anos
Género	• Masculino
	• Feminino

Variáveis	Indicadores
Tipo de Família	<ul style="list-style-type: none"> • Família nuclear • Família reconstituída • Família alargada • Família monoparental • Família de coabitação • Família institucional
Estado Civil	<ul style="list-style-type: none"> • Solteiro • Casado • União de Facto • Viúvo • Divorciado
Profissão	<ul style="list-style-type: none"> • Gerentes industriais e Comerciantes; Gestores de topo do sector publico ou privado; Professores Universitários; General/Marechal; Profissões liberais de topo; Altos dirigentes políticos; • Médios industriais e comerciantes; Dirigentes de médias empresas; agricultores/proprietários; dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector publico ou privado; Oficiais das Forças Armadas; Profissões liberais; Professores Ensino Básico e Secundário; • Pequenas industriais e comerciantes; Quadros médios; Chefes de secção; Empregado de escritório (alto nível), médios agricultores; sargentos e equiparados; • Pequenos agricultores/ rendeiros; empregado escritório (baixo grau); operários semiqualeificados; funcionários públicos e membros das forças armadas ou militarizadas de nível inferior; • Assalariados agrícolas; trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores.
Origem do rendimento familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Lucros de empresas, de propriedades; Heranças; Rendimentos profissionais de elevado nível; • Altos vencimentos e honorários (>10 vezes o salário mínimo nacional); • Vencimentos certos; • Remuneração igual ou inferior ao salário mínimo nacional; pensionistas ou reformados; vencimentos incertos; • Assistência (Subsídios)
Instrução	<ul style="list-style-type: none"> • Licenciatura; Mestrado; Doutoramento; • Bacharelato ou Curso Superior com duração menor ou igual a três anos; • 12º ano; Nove ou mais anos de escolaridade; • Escolaridade entre os 4 e 9 anos; • Não sabe ler ou escrever; Escolaridade abaixo dos 4 anos;
Local de Residência	<ul style="list-style-type: none"> • Zona residencial elegante; • Zona residencial bom; • Zona Intermédia; • Bairro social/operário ou zona antiga; • Bairro de lata ou equivalente.
Tipo de Habitação	<ul style="list-style-type: none"> • Casas ou andares luxuosos, espaçoso com máximo de conforto; • Casas ou andares bastante espaçoso e confortável; • Casas ou andares em bom estado de conservação com cozinha e casa de banho, eletrodomésticos essenciais; • Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com eletrodomésticos de menor nível; • Alojamentos impróprios (barraca, andar ou outro); coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade.

Variáveis	Indicadores
Classe social	<ul style="list-style-type: none"> • Família de classe alta • Família de classe média alta • Família de classe média • Família de classe média baixa • Família de classe baixa
Funcionalidade Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Família altamente funcional • Família com moderada disfunção • Família com disfunção acentuada
Número de Filhos	<ul style="list-style-type: none"> • Apenas um filho • Dois filhos • Três ou mais filhos
Média de idades dos outros filhos	<ul style="list-style-type: none"> • Até aos 6 anos • Dos 7 aos 12 anos • Mais de 12 anos

A segunda parte do questionário, relativa ao **conhecimento dos pais acerca do desenvolvimento infantil**, aplicou a versão portuguesa do *Knowledge of Infant Development Inventory* (KIDI-P). O KIDI-P, originalmente desenvolvido por MacPhee em 1981, é um instrumento de auto-relato formado por uma escala unidimensional de 58 itens, adaptado em português por Tânia Mendes, Luiza Nobre-Lima e Maria da Luz Vale-Dias em 2011. O conteúdo dos itens que compõe o inventário baseia-se no racional teórico da psicologia do desenvolvimento. Este questionário foi criado para avaliar o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil na faixa etária dos 2 aos 6 anos de idade.

As respostas ao inventário são dadas através de uma escala com três opções de resposta: “concorda”, “discorda” ou “não têm certeza”. Estas são classificadas de acordo com uma chave de respostas previamente fornecida pelas autoras (Anexo IV), sendo possível calcular três índices:

- I. **Índice de confiança** que está relacionado com a confiança do participante no seu próprio conhecimento (os inquiridos não selecionam a opção “não tenho a certeza”);
- II. **Índice de precisão** representa o acesso a informações consistentes e fidedignas sobre o desenvolvimento infantil e é definido pela percentagem de respostas assinaladas corretamente;
- III. **Índice Total** corresponde às respostas corretas de todos os itens do KIDI-P, calculado através do produto dos dois índices referidos anteriormente.

Quanto à fidelidade do KIDI-P, foi determinada a sua consistência interna para a versão portuguesa através do coeficiente de alfa de *Cronbach* ($\alpha = 0,84$). Este resultado é semelhante ao da versão original com $\alpha = 0,82$, podendo constatar-se que a escala apresenta bons níveis de fiabilidade (Nobre-Lima, Vale-Dias, Mendes, Mónico, & MacPhee, 2014).

A última parte do questionário é relativa às **atividades promotoras do desenvolvimento infantil** na idade pré-escolar previstas na norma nº010/2013 da DGS (Tabela 2). Estas são algumas das atividades que poderão ser recomendadas aos pais/cuidadores no momento da consulta de saúde infantil pelo Enfermeiro de Família.

Tabela 2: Atividades Promotoras do Desenvolvimento na idade pré-escolar

Idade da Criança	Atividades Promotoras do Desenvolvimento
3 Anos	<ul style="list-style-type: none"> • Promover atividades lúdicas físicas: saltar, correr, pular, andar de triciclo. • Pedir à criança que conte histórias ou algo que fez (ação passada). • Incentivar a criança a fantasiar. • Dar responsabilidades, aceitar a forma que ele achou para dominar a sua vida. • Não trazer a criança para a realidade quando está no seu mundo imaginário. • Conduzir os rituais de sono de forma regrada (medos, associados ao pensamento mágico). • Fase dos «porquês». Há que ter muita paciência, tendo em conta que nem sempre espera pela resposta à primeira pergunta. • Não ridicularizar comportamentos. • Ajudar a criança a partilhar os brinquedos – altura para ingressar no jardim-de-infância. • Acompanhamento de programas televisivos. • Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem
4 Anos	<ul style="list-style-type: none"> • Promover as construções com lego e com puzzles. • Proporcionar oportunidade para a criança fazer o desenho da figura humana. • Inventar brincadeiras que envolvam distinção de cores e ensinar canções e versos. • Pô-la a participar em afazeres, mesmo que sejam simbólicos. • Dar oportunidade para a verbalização das suas vontades, aceitar a sensibilidade da criança, aceitando avanços e recuos. • Mostrar as sequências das atividades. • Promover brincadeiras onde exista movimento físico. • Auxiliar a criança na diferenciação entre a emoção e o agir (consciência moral/solidariedade humana). • Proporcionar a oportunidade à criança para transmitir uma mensagem a outra pessoa. • Não entrar em grandes pormenores quando questionados sobre sexualidade. • Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.
5 Anos	<ul style="list-style-type: none"> • Selecionar os programas televisivos /computador, bem como o horário e o período; • Não ridicularizar os presumíveis medos /pesadelos /fobias, ajudando a resolver o sentimento de impotência; • Continuar a proporcionar atividades que permitam à criança desenvolver a área motora; • Ensinar-lhe a recortar e colar triângulos, quadrados e círculos de vários tamanhos e formar figuras; • Pedir para que explique o significado de palavras simples e incentivar para que pergunte aquelas que não conhece; • Continuar a proporcionar à criança responsabilidade, como por exemplo: ajudar em casa, dar recados; • Incutir regras, impor limites, ajudar a lidar com os impulsos (roubo, mentira); • Promover a participação em jogos para a promoção da sua personalidade (saber lidar com a timidez, submissão, vaidade, liderança, etc.).

3.6. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas

O desenvolvimento do estudo foi sempre orientado na salvaguarda dos aspetos de ordem ética e legal, nomeadamente a participação voluntária, o anonimato dos participantes, a confidencialidade dos dados e sua destruição depois de cumprida a sua finalidade.

Para dar cumprimento a todos os procedimentos formais e éticos exigidos, foi solicitada a autorização aos autores do instrumento de avaliação KIDI-P (Apêndice II), no sentido de o poder aplicar. Posteriormente foi efetuado o pedido para realização do projeto de investigação à Comissão de Ética da ARS Centro (Anexo I), com a finalidade de obter o parecer positivo e autorização para a realização deste estudo. Adicionalmente efetuou-se o pedido de autorização ao Diretor da ESSUA (Anexo II) e à Coordenadora da USF Salinas (Anexo III).

Após a obtenção das autorizações e do parecer favorável da Comissão de Ética antes da colheita e dados, procedemos ao consentimento livre e esclarecido (Apêndice III) dos participantes. A confidencialidade dos dados e o seu anonimato foram salvaguardados durante todo o processo através da codificação dos instrumentos de recolha de dados.

A recolha de dados realizou-se de setembro a dezembro de 2019, de acordo com a disponibilidade temporal da investigadora e a acessibilidade dos utentes à USF. De modo a não envolver custos para os participantes, estes foram selecionados sempre que se dirigiam à unidade de saúde, sendo convidados a participar e informados acerca do estudo, dos seus objetivos, dos procedimentos da investigação e da garantia de confidencialidade dos dados.

A entrega do questionário ficou ao encargo da investigadora ou, quando não era possível, foi efetuado pelo Enfermeiro de Família do utente durante as consultas de saúde infantil. Para isso, a investigadora apresentou o projeto de investigação (Apêndice IV) e explicou o preenchimento do questionário à equipa multidisciplinar da USF Salinas, com o intuito de uniformizar as abordagens.

3.7. Procedimentos de análise dos dados

As respostas obtidas no questionário, previamente codificados, foram introduzidas numa base de dados do programa informático *Statistical Package for the Social Sciences Statistics* (SPSS) versão 25.0, para posteriormente se proceder ao seu tratamento estatístico.

A sua análise foi realizada através de procedimentos de estatística descritiva, calculando-se as frequências absolutas (n) e relativas (%), valores mínimos (X_{\min}) e máximos (X_{\max}) e medidas de localização e dispersão, como a média (\bar{X}) e o desvio padrão (σX).

A estatística inferencial teve por base testes de comparações de médias entre grupos pré-definidos, conforme as hipóteses colocadas. A escolha do tipo de testes a utilizar depende da verificação (ou não) do pressuposto da normalidade. Como não se verificou o pressuposto da normalidade com a

aplicação do teste *Kolmogorov-Smirnov*, foram utilizados os testes não paramétrico de análise inferencial, nomeadamente o teste de *Mann-Whitney* (quando estava em causa a comparação entre dois grupos) e o teste de *Kruskal-Wallis* (quando se pretendia avaliar três grupos ou mais). Nestes testes quando o valor de prova é inferior ao valor de referência de 5%, conclui-se que existe diferenças significativas entre grupos. (Marôco, 2011)

Os resultados do estudo são apresentados sob a forma de tabelas e a operacionalização das variáveis foi efetuada através da quantificação dos indicadores e agrupamento de resultados.

4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo procedemos à apresentação dos resultados obtidos decorrentes do processo de colheita de dados, subdividindo em três partes: caracterização da amostra, conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil e atividades promotoras do desenvolvimento.

4.1. Caracterização da amostra

A amostra de participantes foi composta por 103 pais com filhos em idade pré-escolar (dos 3 anos 5 anos) inscritos nas USF Salinas. De seguida serão apresentados os dados através de tabelas e durante a sua descrição procuraremos realçar os aspetos mais relevantes.

Na Tabela 3 estão apresentadas as características sociodemográficas desta amostra, considerando a idade, género, tipo de família e estado civil.

Relativamente à idade, verifica-se um valor médio de 34,9 anos, variando entre o mínimo de 23 anos e o máximo de 47 anos. O grupo etário dos 36 aos 40 anos é o mais representado com 40,8% da totalidade dos participantes. Por outro lado, o de menor percentagem corresponde aos pais com “mais de 40 anos” com 11,4%. Na restante amostra existem 19,4% de pais com idades “até 30 anos” e 28,2% com idades compreendidas de “31 a 35 anos”.

No que concerne à distribuição por género, 78,6% dos pais que acompanhavam os filhos nas consultas de saúde infantil são do género feminino e 21,4% do género masculino.

Em relação ao tipo de família, a maioria dos participantes constituem uma “Família Nuclear” (79,6%). A “Família Alargada” e a “Família Monoparental” têm ambas 5,8% dos participantes. Em percentagem menores, 3,9% constituem uma “Família Reconstituída”, 1,9% integram uma “Família de Coabitação” e 1,0%, correspondente a um elemento vive com uma “Família Institucional”.

Os resultados relativos ao estado civil dos pais/cuidadores demonstram que na amostra 65,0% são casados; 20,4% vivem em união de facto; 10,7% são solteiros e 3,9% são divorciados.

Tabela 3: Características sociodemográficas: idade, género, tipo de família e estado civil

Variáveis	Indicadores	n	(%)
Idade $\bar{X}=34,9$ $\sigma X=5,35$ $X_{\min}=23$ $X_{\max}=47$	Até 30 anos	20	19,4
	31 a 35 anos	29	28,2
	36 a 40 anos	42	40,8
	Mais de 40 anos	12	11,7
Género	Masculino	22	21,4
	Feminino	81	78,6
Tipo de Família	Não respondeu	2	1,9
	Família Nuclear	82	79,6
	Família Reconstituída	4	3,9
	Família Alargada	6	5,8
	Família Monoparental	6	5,8
	Família de coabitação	2	1,9
	Família Institucional	1	1,0
Estado Civil	Solteiro	11	10,7
	Casado	67	65,0
	União de facto	21	20,4
	Divorciado	4	3,9

Na Tabela 4 são apresentadas as frequências de resposta dos inquiridos às questões da Escala de *Graffar* Adaptada para obtenção do nível socioeconómico.

Em relação à profissão, 28,2% dos pais classificaram-se em “Pequenas industriais e comerciantes; Quadros médios; Chefes de secção; Empregado de escritório (alto nível), médios agricultores; sargentos e equiparados”. Com menor representatividade, 19,4% dos pais responderam pertencer à categoria dos “Médios industriais e comerciantes; Dirigentes de médias empresas; agricultores/proprietários; dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector publico ou privado; Oficiais das Forças Armadas; Profissões liberais; Professores Ensino Básico e Secundário”.

Na variável origem do rendimento familiar, 68,9% dos pais referiu ter “vencimentos certos” e 22,3% responderam “remuneração igual ou inferior ao salário mínimo nacional; pensionistas ou reformados; vencimentos incertos”. Com menor representatividade, 4,9% dos progenitores seleccionaram a opção de “Altos vencimentos e honorários (>10 vezes o salário mínimo nacional) e 1,9% responderam “Lucros de empresas, de propriedades; Heranças; Rendimentos profissionais de elevado nível”.

No que diz respeito às habilitações académicas dos inquiridos, a maioria (54,4%) tem completado até ao ensino secundário, alguns pais concluíram uma “Licenciatura; Mestrado; Doutoramento” (26,2%), de salientar que 18,4% tinham terminado apenas o ensino básico.

No que concerne ao local de residência, 67,0% dos inquiridos referiram morar numa “Zona intermédia”; 18,4% numa “Zona residencial bom”; 9,7% num “Bairro social/operário ou zona antiga” e 1,9% numa “Zona residencial elegante”.

Relativamente ao tipo de habitação, mais de metade dos pais (58,3%) referiu que habitava “Casas ou andares em bom estado de conservação com cozinha e casa de banho, eletrodomésticos essenciais”. Em percentagens menores, 8,7% dos inquiridos responderam viver em “Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com eletrodomésticos de menor nível” e, apenas 1,9% em “Casas ou andares luxuosos, espaçoso com máximo de conforto”.

Em função das respostas facultadas aos cinco quesitos anteriores, classificou-se o nível socioeconómico das famílias de acordo com a Escala de *Graffar* Adaptada. Conclui-se que a maioria das famílias pertence à classe média (56,3%), seguindo-se em termos de representatividade a classe média alta (23,3%). De referir que cerca de 14% dos participantes pertencem a classe média baixa.

Tabela 4: Características relativas ao nível socioeconómico segundo Escala de *Graffar* Adaptada

Variáveis	Indicadores	n	(%)
Profissão	Não respondeu	3	2,9
	Médios industriais e comerciantes...	20	19,4
	Pequenos industriais e comerciantes...	29	28,2
	Pequenos agricultores/rendeiros...	26	25,2
	Assalariados agrícolas	25	24,3
Origem do rendimento familiar	Não respondeu	2	1,9
	Lucros de empresas, de propriedades; Heranças...	2	1,9
	Altos vencimentos e honorários...	5	4,9
	Vencimentos certos	71	68,9
	Remuneração igual ou inferior ao salário mínimo...	23	22,3
Instrução	Licenciatura; Mestrado; Doutoramento	27	26,2
	Curso Superior menor ou igual a três anos	1	1,0
	12º ano; Nove ou mais anos de escolaridade	56	54,4
	Escolaridade entre os 4 e 9 anos	19	18,4
Local de Residência	Não respondeu	3	2,9
	Bairro residencial elegante	2	1,9
	Bairro residencial bom	19	18,4
	Zona intermédia	69	67,0
	Bairro social / operário; Zona antiga	10	9,7
Tipo de Habitação	Casas ou andares luxuosos, espaçoso...	2	1,9
	Casas ou andares bastante espaçoso e confortável	32	31,1
	Casas ou andares em bom estado de conservação...	60	58,3
	Casa ou andar modesto...	6	8,7
Classificação <i>Graffar</i> Adaptada	Não respondeu	6	5,8
	Classe média alta	24	23,3
	Classe média	58	56,3
	Classe média baixa	14	13,6
	Classe baixa	1	1,0

Para avaliar Funcionalidade Familiar dos inquiridos, recorreu-se ao instrumento do APGAR Familiar de *Smilkstein*. Na Tabela 5 apresenta-se a frequência de respostas dadas pelos pais neste item.

Tabela 5: Resultados do APGAR Familiar de *Smilkstein*

	Quase sempre		Algumas vezes		Quase nunca	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	85	82,5%	18	17,5%	-	-
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.	72	69,9%	31	30,1%	-	-
Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.	67	65,0%	36	35,0%	-	-
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	74	71,8%	29	28,2%	-	-
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	60	58,3%	38	36,9%	5	4,9%

Em função das respostas às cinco questões do APGAR Familiar de *Smilkstein* (Tabela 6), conclui-se que 78,6% dos inquiridos fazem parte de “Família altamente funcional” e os restantes 21,4% têm uma “Família com moderada disfunção”.

Tabela 6: Características relativas à funcionalidade familiar segundo o APGAR Familiar de *Smilkstein*

Variável	Indicadores	n	(%)
Funcionalidade Familiar	Família altamente funcional	81	78,6
	Família com moderada disfunção	22	21,4

Relativamente às características sobre os filhos (Tabela 7), mais de metade dos pais (51,5%) têm apenas um filho. 43,7% dos inquiridos têm dois filhos e 4,9% têm três ou mais filhos. Calculou-se, também, a média de idades dos outros filhos e, foi possível verificar que 44,0% dos pais têm outros filhos com idades compreendidas entre os 7 e os 12 anos, 32% até aos 6 anos e 24% filhos com mais de 12 anos.

Tabela 7: Características relativas ao número de filhos e médias de idades dos outros filhos

Variáveis	Indicadores	n	(%)
Número de filhos	Apenas um filho	53	51,5
	Dois filhos	45	43,7
	Três ou mais filhos	5	4,9
Média de idades dos outros filhos	Até 6 anos	15	30,6
	7 a 12 anos	22	44,9
	mais de 12 anos	12	24,5

4.2. Conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil

Aplicou-se o KIDI-P para identificar o grau de conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil dos filhos em idade pré-escolar. O Apêndice V apresenta a estatística descritiva que expressa a distribuição das respostas dadas pelos pais a este inventário.

De forma a sintetizar os resultados do KIDI-P, na Tabela 8 estão apresentados os valores descritivos da variável dependente (conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil). O valor do índice total da escala varia entre 0 e 0,828, com uma média de 0,617 e um desvio padrão de 0,11. Em relação ao índice de confiança e de precisão, a média foi respetivamente de 0,841 e de 0,738. Perante os resultados pode-se constatar que os inquiridos foram mais confiantes nas suas respostas do que precisos.

Tabela 8: Resultados do KIDI-P: índice de confiança, índice de precisão e índice total

Conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil	Média \bar{X}	Desvio Padrão σX	Valor mínimo (X_{\min})	Valor máximo (X_{\max})
Índice de confiança	0,841	0,141	0	1,00
Índice de precisão	0,738	0,87	0,464	0,914
Índice Total	0,617	0,11	0	0,828

De forma a analisar a influência das variáveis sociodemográficas, nível socioeconómico, funcionalidade familiar e características sobre os filhos no conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil dos filhos em idade pré-escolar, os resultados serão apresentados mediante as hipóteses formuladas anteriormente.

H1: O conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil é influenciado por variáveis sociodemográficas (idade, género, tipo de família e estado civil).

Para testar se existiam diferenças significativas entre a idade dos pais e o nível de conhecimento sobre o desenvolvimento infantil recorreu-se ao teste de *Kruskal-Wallis*.

Os resultados, apresentados na Tabela 9, mostram não existirem diferenças estatisticamente significativas entre as faixas etárias em nenhum dos índices do KIDI-P. No entanto convém notar que os resultados descritivos indicam que os pais com idades compreendidas entre os 36 e os 40 anos têm uma média mais elevada no índice de precisão ($\bar{X}=0,749$) e total ($\bar{X}=0,631$).

Assim, os resultados obtidos não corroboram a hipótese da existência de diferenças estatisticamente significativas no conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil em função da idade.

Tabela 9: Estatística descritiva e Testes de *Kruskal-Wallis*: KIDI-P e Idade

		n	\bar{X}	Qui ² (KW)	p
Índice de confiança	Até 30 anos	20	0,803	1,18	0,757
	31 a 35 anos	29	0,855		
	36 a 40 anos	42	0,851		
	Mais de 40 anos	12	0,833		
Índice de precisão	Até 30 anos	19	0,728	3,21	0,360
	31 a 35 anos	29	0,727		
	36 a 40 anos	42	0,749		
	Mais de 40 anos	12	0,744		
Índice Total	Até 30 anos	20	0,586	0,48	0,924
	31 a 35 anos	29	0,620		
	36 a 40 anos	42	0,631		
	Mais de 40 anos	12	0,612		

Foi utilizado o teste de *Mann-Whitney* para investigar se existiam diferenças significativas entre o género e o nível de conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil. Os resultados, apresentando na Tabela 10, indicam não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros em nenhum dos índices do KIDI-P.

Salienta-se que o índice de confiança é igual para o género masculino e feminino ($\bar{X}=0,841$). O Índice de precisão e o Índice Total são mais elevados para o género feminino ($\bar{X}=0,743$; $\bar{X}=0,622$) do que para o masculino ($\bar{X}=0,722$; $\bar{X}=0,600$).

Tabela 10: Estatística descritiva e Testes de *Mann-Whitney*: KIDI-P e Género

		n	\bar{X}	U (MW)	p
Índice de confiança	Masculino	22	0,841	842,5	0,695
	Feminino	81	0,841		
Índice de precisão	Masculino	22	0,722	839,0	0,739
	Feminino	80	0,743		
Índice Total	Masculino	22	0,600	785,5	0,395
	Feminino	81	0,622		

A Tabela 11 expõe os resultados do teste de *Kruskal-Wallis* em relação ao conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil e a variável tipo de família. Os resultados revelam que existem diferenças estatisticamente significativas para o índice de confiança ($p=0,031$). Neste índice observaram-se valores superior nos pais pertencentes a Famílias Monoparental ($\bar{X}=0,954$) e inferiores para a Família de Coabitação ($\bar{X}=0,793$).

Assim, os resultados obtidos corroboram a hipótese de investigação em relação à variável tipo de família.

Tabela 11: Estatística descritiva e Testes de *Kruskal-Wallis*: KIDI-P e Tipo de Família

		n	\bar{X}	Qui ² (KW)	p
Índice de confiança	Família Nuclear	82	0,823	12,27	* 0,031
	Família Reconstituída	4	0,858		
	Família Alargada	6	0,925		
	Família Monoparental	6	0,954		
	Família de coabitação	2	0,793		
	Família Institucional	1	0,845		
Índice de precisão	Família Nuclear	81	0,744	4,41	0,492
	Família Reconstituída	4	0,682		
	Família Alargada	6	0,704		
	Família Monoparental	6	0,739		
	Família de coabitação	2	0,761		
	Família Institucional	1	0,735		
Índice Total	Família Nuclear	82	0,608	8,86	0,115
	Família Reconstituída	4	0,586		
	Família Alargada	6	0,641		
	Família Monoparental	6	0,704		
	Família de coabitação	2	0,603		
	Família Institucional	1	0,621		

* p<0,05

Para relacionar o estado civil dos pais e o seu grau de conhecimento sobre o desenvolvimento dos filhos em idade pré-escolar, recorreu-se à estatística descritiva e ao teste de *Kruskal-Wallis*. Os resultados, apresentando na Tabela 12, indicam diferenças estatisticamente significativas entre os estados civis para o índice total (p=0,032). Os pais divorciados (\bar{X} =0,707) demonstram um maior nível de conhecimento acerca do desenvolvimento infantil, em comparação com os pais casados (\bar{X} =0,605).

Os resultados obtidos permitem-nos corroborar a hipótese de investigação em relação ao estado civil, ou seja, o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil é diferente face ao estado civil, sendo superior nos pais que estão divorciados.

Tabela 12: Estatística descritiva e Testes de *Kruskal-Wallis*: KIDI-P e Estado Civil

		n	\bar{X}	Qui ² (KW)	p
Índice de confiança	Solteiro	11	0,909	5,84	0,120
	Casado	67	0,827		
	União de facto	21	0,832		
	Divorciado	4	0,940		
Índice de precisão	Solteiro	11	0,730	0,60	0,896
	Casado	66	0,739		
	União de facto	21	0,739		
	Divorciado	4	0,753		
Índice Total	Solteiro	11	0,658	8,79	* 0,032
	Casado	67	0,605		
	União de facto	21	0,617		
	Divorciado	4	0,707		

* p<0,05

Em suma, das variáveis sociodemográficas analisadas, o tipo de família e o estado civil demonstraram influenciar o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil dos filhos.

H2: O conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil é influenciado pelo nível socioeconómico segundo a Escala de Graffar Adaptada.

Para a relação do conhecimento dos pais e o seu nível socioeconómico, excluiu-se da análise a categoria “não respondeu” e a categoria “classe baixa” foi agregada à “classe média baixa” por ter apenas uma resposta.

Os níveis de conhecimento acerca do desenvolvimento infantil destas três categorias foram comparados com recurso ao teste de *Kruskall-Wallis*. Os resultados, apresentados na Tabela 13, não indicam diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos índices do KIDI-P. No entanto, salienta-se que todos os índices aumentam com a subida da classe socioeconómica, ou seja, são mais elevados para a classe média alta, seguido da classe média e inferiores para a classe média baixa ou baixa.

Tabela 13: Estatística descritiva e Testes de *Kruskall-Wallis*: KIDI-P e Nível Socioeconómico

		n	\bar{X}	Qui ² (KW)	p
Índice de confiança	Classe média alta	24	0,860	0,62	0,733
	Classe média	58	0,852		
	Classe média baixa ou baixa	15	0,791		
Índice de precisão	Classe média alta	24	0,758	0,36	0,835
	Classe média	58	0,732		
	Classe média baixa ou baixa	14	0,731		
Índice Total	Classe média alta	24	0,648	2,50	0,286
	Classe média	58	0,620		
	Classe média baixa ou baixa	15	0,571		

Para aprofundar esta hipótese, analisou-se cada categoria da Escala de *Graffar Adaptada* (profissão, origem do rendimento familiar, instrução, local de residência e tipo de habitação).

Para relacionar a profissão dos pais e o seu grau de conhecimento sobre o desenvolvimento dos filhos em idade pré-escolar, recorreu-se à estatística descritiva e ao teste de *Kruskall-Wallis*. Os resultados, apresentados na Tabela 14, indicam não existirem diferenças estatisticamente significativas entre as profissões dos pais. No entanto, convém salientar que os pais que se classificaram como “Médios industriais e comerciantes...” têm uma média mais elevada no índice de precisão ($\bar{X}=0,757$) e no índice total ($\bar{X}=0,661$).

Tabela 14: Estatística descritiva e Testes de *Kruskal-Wallis*: KIDI-P e Profissão

		n	\bar{X}	Qui ² (KW)	p
Índice de confiança	Médios industriais e comerciantes	20	0,878	4,90	0,180
	Pequenas industriais e comerciantes	29	0,838		
	Pequenos agricultores/ rendeiros	26	0,786		
	Assalariados agrícolas	25	0,884		
Índice de precisão	Médios industriais e comerciantes	20	0,757	1,28	0,735
	Pequenas industriais e comerciantes	29	0,712		
	Pequenos agricultores/ rendeiros	25	0,749		
	Assalariados agrícolas	25	0,736		
Índice Total	Médios industriais e comerciantes	20	0,661	7,39	0,060
	Pequenas industriais e comerciantes	29	0,594		
	Pequenos agricultores/ rendeiros	26	0,586		
	Assalariados agrícolas	25	0,644		

Relativamente à origem do rendimento familiar, como as categorias “Lucros de empresas, de propriedades; Heranças; Rendimentos profissionais de elevado nível” e “Altos vencimentos e honorários (>10 vezes o salário mínimo nacional)” apresentaram poucas respostas dos inqueridos, para efeitos da análise inferencial serão agregadas numa única categoria.

Foi utilizado o teste de *Kruskal-Wallis* para comparar o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil e a origem do rendimento familiar. Os resultados, apresentados na Tabela 15, não mostraram resultados estatisticamente significativos. Embora se verifique que o índice de precisão ($\bar{X}=0,773$) e índice total ($\bar{X}=0,635$) são superiores nos pais que responderam ter “Lucros de empresas, de propriedades; Heranças; Rendimentos profissionais de elevado nível / Altos vencimentos e honorários (>10 vezes o salário mínimo nacional)”.

Tabela 15: Estatística descritiva e Testes de *Kruskal-Wallis*: KIDI-P e Rendimento Familiar

		n	\bar{X}	Qui ² (KW)	p
Índice de confiança	Lucros; Heranças; Rendimentos elevados / Altos vencimentos	7	0,840	0,93	0,627
	Vencimentos certos	71	0,844		
	Remuneração ≤ SMN; pensionistas ou reformados; vencimentos incertos	23	0,832		
Índice de precisão	Lucros; Heranças; Rendimentos elevados / Altos vencimentos	7	0,773	3,19	0,203
	Vencimentos certos	71	0,743		
	Remuneração ≤ SMN; pensionistas ou reformados; vencimentos incertos	22	0,719		
Índice Total	Lucros; Heranças; Rendimentos elevados / Altos vencimentos	7	0,635	0,11	0,945
	Vencimentos certos	71	0,624		
	Remuneração ≤ SMN; pensionistas ou reformados; vencimentos incertos	23	0,597		

No que concerne à variável instrução, como a categoria “Bacharelato ou Curso Superior com duração maior ou igual a três anos” apresenta apenas uma observação, para efeitos da análise inferencial, esta foi agregada à categoria “Licenciatura; Mestrado; Doutoramento”.

Conforme demonstra a Tabela 16 existem diferenças estatisticamente significativas para os índices de precisão e total, quando aplicado o Teste de *Kruskal-Wallis*. Os resultados revelam que estes

dois índices são mais elevados nos pais que concluíram o ensino superior em comparação com os pais que terminaram o ensino secundário. Portanto podemos concluir que os dados corroboram esta hipótese em relação à instrução.

Tabela 16: Estatística descritiva e Testes de *Kruskal-Wallis*: KIDI-P e Instrução

		n	\bar{X}	Qui ² (KW)	p
Índice de confiança	Ensino superior	28	0,864	1,88	0,392
	Escolaridade entre os 4 e 9 anos	56	0,821		
	Escolaridade entre os 10 e 12 anos	19	0,866		
Índice de precisão	Ensino superior	28	0,769	11,29	** 0,004
	Escolaridade entre os 4 e 9 anos	55	0,744		
	Escolaridade entre os 10 e 12 anos	19	0,676		
Índice Total	Ensino superior	28	0,664	11,21	** 0,004
	Escolaridade entre os 4 e 9 anos	56	0,607		
	Escolaridade entre os 10 e 12 anos	19	0,578		

*p<0,05

Relativamente ao local de residência, apenas houve duas respostas dadas pelos inquiridos para a categoria “Bairro residencial elegante”. Para efeitos da análise inferencial este grupo foi agregado à categoria “Bairro residencial bom”.

Para testar se existiam diferenças significativas entre o local de residência dos pais e o nível de conhecimento sobre o desenvolvimento infantil recorreu-se ao teste de *Kruskal-Wallis*. Os resultados, tal como reportados na Tabela 17, indicam não existirem diferenças estatisticamente significativas entre as categorias do Local de Residência para todos os índices do KIDI-P. Conclui-se, portanto, que o local de residência não faz diferir o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil.

Tabela 17: Estatística descritiva e Testes de *Kruskal-Wallis*: KIDI-P e Local de Residência

		n	\bar{X}	Qui ² (KW)	p
Índice de confiança	Bairro residencial bom/ elegante	21	87,8%	3,94	0,140
	Zona Intermédia	69	84,6%		
	Bairro social / operário; Zona antiga	10	74,8%		
Índice de precisão	Bairro residencial bom/ elegante	21	74,5%	0,83	0,659
	Zona Intermédia	69	73,5%		
	Bairro social / operário; Zona antiga	9	76,1%		
Índice Total	Bairro residencial bom/ elegante	21	65,0%	1,52	0,469
	Zona Intermédia	69	61,8%		
	Bairro social / operário; Zona antiga	10	56,6%		

No tipo de habitação, a categoria “Casas ou andares luxuosos, espaçoso com máximo de conforto” apresenta apenas duas observações e, para efeitos da análise inferencial, foi agregada à categoria “Casas ou andares bastante espaçoso e confortável”.

Para se testar se existem diferenças significativas entre o tipo de habitação dos pais e o nível de conhecimento sobre o desenvolvimento infantil recorreu-se ao teste de *Kruskal-Wallis*. Os resultados, apresentados na Tabela 18, mostram que o valor de prova é inferior a 0,05 para os

índices de confiança e total, existindo diferenças estatisticamente. Ambos os índices são mais elevados para pais que vivem em “casas ou andares bastante espaçoso e confortável / Casas ou andares luxuosos, espaçoso com máximo de conforto” e menores para aqueles que habitam em “casas ou andares modestos com cozinha e casa de banho, com eletrodomésticos de menor nível”.

Tabela 18: Estatística descritiva e Testes de *Kruskall-Wallis*: KIDI-P e Tipo de Habitação

		n	\bar{X}	Qui ² (KW)	p
Índice de confiança	Casas ou andares bastante espaçoso e confortável...	34	0,879	7,80	* 0,020
	Casas ou andares em bom estado de conservação...	60	0,821		
	Casa ou andar modesto...	9	0,831		
Índice de precisão	Casas ou andares bastante espaçoso e confortável...	34	0,737	1,10	0,578
	Casas ou andares em bom estado de conservação...	60	0,737		
	Casa ou andar modesto...	8	0,755		
Índice Total	Casas ou andares bastante espaçoso e confortável...	34	0,643	7,89	* 0,019
	Casas ou andares em bom estado de conservação...	60	0,600		
	Casa ou andar modesto ...	9	0,628		

*p<0,05

H3: O conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil é influenciado pela funcionalidade familiar

Analisou-se a relação existente entre a funcionalidade familiar e o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil dos filhos em idade pré-escolar através do teste de *Mann-Whitney*. Os resultados, apresentados na Tabela 19, mostram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois tipos de funcionalidade familiar. Salienta-se que todos os índices são superiores para as famílias altamente funcionais em comparação com as famílias com moderada disfunção. Podemos concluir que os dados não corroboram esta hipótese.

Tabela 19: Estatística descritiva e Testes de *Mann-Whitney*: KIDI-P e Funcionalidade Familiar

		n	\bar{X}	U (MW)	p
Índice de confiança	Família altamente funcional	81	0,856	720,5	0,169
	Família com moderada disfunção	22	0,787		
Índice de precisão	Família altamente funcional	81	0,733	662,0	0,119
	Família com moderada disfunção	21	0,758		
Índice Total	Família altamente funcional	81	0,624	814,5	0,537
	Família com moderada disfunção	22	0,591		

H4: O conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil é influenciado pelas características sobre os filhos.

Foi utilizado o teste de *Mann-Whitney* para testar se existiam diferenças significativas entre o número de filhos e o nível de conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil. De acordo com a Tabela 20, o valor de prova é inferior a 0,05 para o índice total, existindo diferenças

estatisticamente significativas. Pode-se concluir que os pais com três ou mais filhos demonstram um maior nível de conhecimento sobre o desenvolvimento infantil.

Tabela 20: Estatística descritiva e Testes de *Kruskal-Wallis*: KIDI-P e Número de filhos

		n	\bar{X}	Qui ² (KW)	p
Índice de confiança	Apenas um filho	53	0,856	0,66	0,719
	Dois filhos	45	0,818		
	Três ou mais filhos	5	0,886		
Índice de precisão	Apenas um filho	53	0,754	2,79	0,248
	Dois filhos	44	0,720		
	Três ou mais filhos	5	0,734		
Índice Total	Apenas um filho	53	0,642	8,71	* 0,013
	Dois filhos	45	0,583		
	Três ou mais filhos	5	0,652		

*p<0,05

Relativamente à média de idades dos outros filhos não existem diferenças estatisticamente significativas quando aplicado os testes de *Kruskal-Wallis* (Tabela 21). Conclui-se, portanto, que a idade dos outros filhos não faz diferir o nível de conhecimento acerca do desenvolvimento infantil.

Tabela 21: Estatística descritiva e Testes de *Kruskal-Wallis*: KIDI-P e Média de idades dos outros filhos

		n	\bar{X}	Qui ² (KW)	p
Índice de confiança	Até 6 anos	15	0,754	4,70	0,095
	7 a 12 anos	22	0,835		
	mais de 12 anos	12	0,902		
Índice de precisão	Até 6 anos	14	0,745	1,47	0,480
	7 a 12 anos	22	0,722		
	mais de 12 anos	12	0,703		
Índice Total	Até 6 anos	15	0,559	1,68	0,433
	7 a 12 anos	22	0,594		
	mais de 12 anos	12	0,635		

Assim, os resultados obtidos permitem corroborar a hipótese formulada em relação à variável “número de filhos”, ou seja, o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil é superior nos pais que têm três ou mais filhos.

4.3. Atividades promotoras de desenvolvimento

Para dar resposta ao último objetivo do estudo, na Tabela 22 encontram-se apresentadas as frequências das respostas dos pais sobre as atividades promotoras de desenvolvimento recomendadas durante a consulta de saúde infantil dos filhos em idade pré-escolar, pelos Enfermeiros de Família, de acordo com o previsto na norma nº010/2013 da DGS.

Segundo os pais, nas consultas de vigilância de saúde infantil aos 3 anos de idade, as atividades promotoras do desenvolvimento mais referidas pelo seu Enfermeiro de Família foi “Promover atividades lúdicas físicas: saltar, correr, pular, andar de triciclo” (66,7%) e “Ajudar a criança a partilhar os brinquedos - altura para ingressar no jardim-de-infância” (63,2%). Pelo contrário, as

atividades menos mencionadas na consulta foram “Dar responsabilidades, aceitar a forma que ele achou para dominar a sua vida” e “Não trazer a criança para a realidade quando está no seu mundo imaginário” (81,6%).

Relativamente às consultas dos 4 anos de idade, a atividade promotora do desenvolvimento mais divulgada também visa a promoção da atividade físicas das crianças - “Promover brincadeiras onde exista movimento físico” (81,1%). A segunda atividade mais mencionada foi “Promover as construções com lego e com puzzles” (79,5%). As menos referidas pelos Enfermeiros de Família foram “Não entrar em grandes pormenores quando questionados sobre sexualidade” (89,2%) e “Proporcionar a oportunidade da criança transmitir uma mensagem a outra pessoa (75,7%)

No que diz respeito às atividades promotoras do desenvolvimento nas consultas de vigilância de saúde infantil aos 5 anos, as mais referenciadas pelos Enfermeiros de Famílias foram “Continuar a proporcionar atividades que permitam à criança desenvolver a área motora” (73,1%) e “proporcionar à criança responsabilidade, como por exemplo: ajudar em casa, dar recados” (65,4%). Segundo os pais, foram menos informados em “incutir regras, impor limites, ajudar a lidar com os impulsos de (roubo, ou mentira)” (57,7%) e para “selecionar os programas televisivos /computador, bem como o horário e o período” (53,8%).

Tabela 22: Respostas da amostra às Atividades Promotoras do Desenvolvimento

	Referido na Consulta		Não referido na Consulta	
	N	(%)	n	(%)
3 anos				
1. Promover atividades lúdicas físicas: saltar, correr, pular, andar de triciclo, etc.	26	66,7%	13	33,3%
2. Pedir à criança que conte histórias ou algo que fez (ação passada). Incentivar a criança a fantasiar.	20	52,6%	18	47,4%
3. Dar responsabilidades, aceitar a forma que ele achou para dominar a sua vida.	7	18,4%	31	81,6%
4. Não trazer a criança para a realidade quando está no seu mundo imaginário.	7	18,4%	31	81,6%
5. Conduzir os rituais de sono de forma regrada (medos, associados ao pensamento mágico).	16	42,1%	22	57,9%
6. Fase dos "porquês". Há que ter muita paciência, tendo em conta que nem sempre espera pela resposta à primeira pergunta.	24	63,2%	14	36,8%
7. Não ridicularizar comportamentos.	23	60,5%	15	39,5%
8. Ajudar a criança a partilhar os brinquedos - altura para ingressar no jardim-de-infância.	24	63,2%	14	36,8%
9. Acompanhamento de programas televisivos.	15	39,5%	23	60,5%
10. Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.	21	58,3%	15	41,7%
4 anos				
11. Promover as construções com lego e com puzzles	31	79,5%	8	20,5%
12. Proporcionar oportunidade para a criança fazer o desenho da figura humana.	23	62,2%	14	37,8%
13. Inventar brincadeiras que envolvam distinção de cores e ensinar canções e versos.	14	37,8%	23	62,2%
14. Pô-la a participar em afazeres, mesmo que sejam simbólicos.	23	62,2%	14	37,8%
15. Dar oportunidade para a verbalização das suas vontades, aceitar a sensibilidade da criança, aceitando avanços e recuos.	20	54,1%	17	45,9%
16. Mostrar as sequências das atividades.	21	56,8%	16	43,2%
17. Promover brincadeiras onde exista movimento físico.	30	81,1%	7	18,9%
18. Auxiliar a criança na diferenciação entre a emoção e o agir (consciência moral/solidariedade humana).	11	29,7%	26	70,3%
19. Proporcionar a oportunidade da criança transmitir uma mensagem a outra pessoa.	9	24,3%	28	75,7%
20. Não entrar em grandes pormenores quando questionados sobre sexualidade.	4	10,8%	33	89,2%
21. Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.	27	73,0%	10	27,0%
5 anos				
22. Selecionar os programas televisivos /computador, bem como o horário e o período.	12	46,2%	14	53,8%
23. Não ridicularizar os presumíveis medos /pesadelos /fobias, ajudando a resolver o sentimento de impotência.	16	61,5%	10	38,5%
24. Continuar a proporcionar atividades que permitam à criança desenvolver a área motora.	19	73,1%	7	26,9%
25. Ensinar-lhe a recortar e colar triângulos, quadrados e círculos de vários tamanhos e formar figuras.	13	50,0%	13	50,0%
26. Pedir para que explique o significado de palavras simples e incentivar para que pergunte aquelas que não conhece.	14	53,8%	12	46,2%
27. Continuar a proporcionar à criança responsabilidade, como por exemplo: ajudar em casa, dar recados.	17	65,4%	9	34,6%
28. Incutir regras, impor limites, ajudar a lidar com os impulsos (roubo, mentira).	11	42,3%	15	57,7%
29. Promover a participação em jogos para a promoção da sua personalidade (saber lidar com a timidez, submissão, vaidade, liderança, etc.).	13	48,1%	14	51,9%

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo procede-se à discussão dos resultados obtidos, estabelecendo a relação entre a informação obtida e os objetivos traçados, assim como a comparação com a evidência científica encontrada na revisão da literatura. A discussão será organizada de forma sequencial, de acordo com os objetivos e as hipóteses formuladas.

O estudo decorreu numa USF do ACeS Baixo Vouga, englobando uma amostra constituída por 103 pais de crianças com idade entre os 3 e os 5 anos, a frequentar as consultas de saúde infantil e juvenil.

Os participantes foram maioritariamente do sexo feminino e com idades compreendidas entre os 36 e os 40 anos, pertencentes a uma família nuclear, casados e com apenas um filho. No que diz respeito à profissão a maior parte dos pais são pequenos industriais e comerciantes. A maioria tem como origem do rendimento familiar o vencimento certo, reside numa zona intermédia com casa ou andar em bom estado de conservação. Assim, a maior parte dos pais foi classificada segundo o nível socioeconómico de *Graffar* na classe média. Relativamente à funcionalidade familiar a maioria dos pais categorizou a sua família como altamente funcional.

CONHECIMENTOS DOS PAIS SOBRE O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Um dos propósitos deste estudo foi identificar o conhecimento dos pais acerca do desenvolvimento infantil. A literatura científica mostra que os conhecimentos dos pais sobre o desenvolvimento dos filhos na idade pré-escolar são fundamentais, no modo como os progenitores interagem e atuam com os seus filhos. Esses conhecimentos constituem um pilar fundamental para a forma como os pais interpretam o comportamento da criança e, conseqüentemente, como contribuem com estratégias promotoras para o desenvolvimento.

Neste estudo, o valor médio do índice total foi de 0,617, demonstrando um domínio aceitável por parte dos pais, de acordo com as autoras do KIDI-P. As percentagens referentes ao índice de confiança e ao índice de precisão foram de 0,841 e 0,738, respetivamente. Existem diferenças entre estas variáveis pelo que os inquiridos foram mais confiantes nas suas respostas do que precisos.

Um estudo realizado por Bornstein, Yu, & Putnick (2020) compara o conhecimento dos pais sobre educação e desenvolvimento infantil em diferentes países. Esta investigação incidiu em 1077 pais da Argentina, Bélgica, Itália, Coreia do Sul e Estados Unidos da América. Os resultados do estudo mostraram que os pais dos Estados Unidos da América têm um maior conhecimento em comparação com os participantes de outros países. Os países que revelaram os níveis mais baixos de conhecimento sobre o desenvolvimento infantil foram a Argentina e Coreia do Sul.

A nível nacional, Vale-Dias (2012) aplicou o KIDI-P numa investigação realizada a 252 pais com filhos a frequentar o pré-escolar e o 1º Ciclo do Ensino Básico. Com base nos resultados obtidos,

pode-se concluir que 63% ($\bar{X}=0,627$) das respostas dos pais estão corretas (índice total). Relativamente ao índice de confiança, 86% ($\bar{X}=0,862$) das respostas dos pais foram dadas com segurança. Quanto ao grau de exatidão do conhecimento sobre o desenvolvimento da criança, 73% ($\bar{X}=0,731$) das respostas foram dadas com precisão.

Um estudo mais recente realizado também em Portugal, aplicou o KIDI-P em 540 pais de crianças entre os 2 e os 6 anos de idade, obtendo resultados semelhantes ao anterior. Em termos valores, o índice total foi de 0,64, o índice de confiança foi de 0,88 e o índice de precisão de 0,74. Segundo as autoras deste estudo, os resultados refletem um domínio igualmente justo de conhecimentos e que os pais foram mais confiantes do que precisos (Vale-Dias & Nobre-Lima, 2018).

Os estudos nacionais corroboram os resultados do presente estudo, apresentando o índice total com valores semelhantes e índice de confiança superiores ao de precisão.

Para além de determinar o conhecimento dos pais acerca do desenvolvimento infantil, considerou-se fundamental identificar os fatores que influenciaram esse conhecimento e que eventualmente possam ser sensíveis à intervenção do Enfermeiro de Família, como forma de potencial as competências parentais, influenciando positivamente a educação e o desenvolvimento dos seus filhos.

FATORES QUE INFLUENCIAM O CONHECIMENTO DOS PAIS SOBRE O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

H1: O conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil é influenciado por variáveis sociodemográficas (idade, género, tipo de família e estado civil).

Tendo como hipótese (H1) que as variáveis sociodemográficas (idade, género, tipo de família e estado civil) influenciam o conhecimento dos pais, contactou-se que em relação à **idade** não se verificaram diferenças estatisticamente significativas dos índices do KIDI-P. No entanto, os valores das médias mais elevadas quer no índice de precisão, quer no índice total corresponderam aos participantes com idades entre os 36 e os 40 anos.

Os resultados do estudo de Vale-Dias (2012), que utilizou o KIDI-P numa amostra com idades compreendidas entre os 22 e os 51 anos, revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os pais com 27 a 31 anos comparativamente com os pais com idades dos 32 aos 36 anos. Esta última faixa etária apresenta, em média, níveis de conhecimento sobre o desenvolvimento infantil mais elevados.

Os resultados obtidos no presente estudo, mesmo sem diferenças estatisticamente significativas, estão em consonância com os resultados de Vale-Dias (2012), evidenciando que os participantes com mais de 35 anos apresentaram um índice total e um índice de precisão mais elevados do que pais mais novos. Segundo Nobre-Lima et al. (2012, p. 60) “estas diferenças poderão estar

associadas a outras características dos pais da amostra, como a experiência que possuem no cuidar de crianças, o número de filhos e as fontes a que recorrem quando procuram informação sobre a educação e desenvolvimento da criança”, demonstrando a necessidade de intervenção mais específica junto de pais mais jovens.

Relativamente ao **género**, no presente estudo também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, embora verifique-se que nos índices total e de precisão, as mães apresentaram médias mais elevadas, comparativamente com os pais. Estes resultados são similares aos de Vale-Dias (2012) que também não revelou a influência do género.

Num estudo anterior, desenvolvido por Ribas & Bornstein (2005) evidenciou diferenças de conhecimento sobre o desenvolvimento infantil entre os progenitores, tendo mostrado que o sexo feminino apresenta um conhecimento superior em relação ao sexo masculino. Esta diferença entre géneros pode ser justificada por tradicionalmente as mães se dedicarem maioritariamente aos filhos e, consequentemente desenvolverem mais conhecimento e terem mais experiência acerca do desenvolvimento dos seus filhos.

Segundo Silva (2017) a participação da figura paterna nos cuidados aos filhos em países industrializados tem vindo a crescer significativamente. Com a entrada da mulher no mercado do trabalho e com vista a uma sociedade mais igualitária, o homem aparece cada vez mais relacionado com as tarefas domésticas e ao cuidado dos filhos. Os resultados da investigação atual refletem esta mudança de paradigma, uma vez que, ao haver uma maior participação da figura paterna nos cuidados ao filho, despoleta neste a curiosidade de se tornarem mais conhecedores sobre os aspetos relacionados com o desenvolvimento do filho. Assim, as diferenças entre géneros tendem a diminuir.

No que concerne ao **tipo de família**, no presente estudo, os resultados demonstram existir diferença estatisticamente significativa em relação ao índice de confiança. Este índice foi mais elevado para as Famílias Monoparentais, ou seja, os pais que vivem sozinhos com os seus filhos foram os mais confiantes nas suas respostas. Por outro lado, os pais que residem com uma família de coabitação (vivem na mesma habitação com pessoas sem laços familiares ou conjugais) obtiveram o índice de confiança mais baixo, demonstrando mais insegurança.

Não foram encontrados estudos na literatura que tenham aplicado o KIDI-P e que tenham relacionado o conhecimento dos pais com a composição familiar. Por esse motivo, refletimos acerca deste resultado, tendo como referência as características comportamentais das famílias.

Em Portugal, as famílias de coabitação duplicaram nos últimos 10 anos, embora correspondam a uma minoria (Santos, 2010). A coabitação com filhos está associada a setores da população mais desfavorecidos. O desemprego, as profissões menos qualificadas ou remuneradas e o nível de

instrução mais baixo encontram-se de forma mais acentuada nas mulheres pertencentes a famílias de coabitação (Ferreira & Aboim, 2002).

Segundo Bornstein et al. (2020) a natureza das redes sociais dos pais pode condicionar o acesso a informações dentro e fora dessa estrutura, por exemplo, os pais que pertencem a redes pequenas e bem unidas, podem ter menos exposição informações externas e ser mais influenciados pelas opiniões dos conviventes.

As famílias monoparentais têm uma representatividade com algum significado na nossa sociedade, sendo a guarda das crianças maioritariamente deixada a cargo de um dos progenitores (Marinho, 2014). O resultado obtido no estudo, provavelmente, deve-se ao facto das famílias monoparentais terem de tomar decisões mais individuais e por isso tornam-se mais “seguras” do que aquelas que partilham as tomadas de decisão com outros.

As investigadoras Caroline & Melo (2016) realizaram uma revisão sistemática da literatura sobre a influência das famílias monoparentais no desenvolvimento infantil. De modo geral, os estudos apontam para alguns impactos negativos, tais como o aumento do risco da criança desenvolver problemas do foro da saúde mental, problemas comportamentais e de aprendizagem. Todavia, esta situação pode estar relacionada com a ligação entre pais e filhos e/ou as características sociodemográficas. Este estudo evidencia que a composição familiar por si só, não apresenta influência quanto ao comportamento e desenvolvimento cognitivo das crianças, mas que existem fatores relacionados com a interação e dinâmica familiar, que podem afetar esse desenvolvimento.

Em relação ao **estado civil**, constatou-se que 65,0% dos pais são casados, 20,4% vivem em união de facto, 10,7% são solteiros e 3,9% divorciados. Ao relacionar o estado civil com o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil, os resultados demonstraram existir diferença estatisticamente significativa para o índice total. Esta pontuação é mais elevada para pais divorciados, seguido de pais solteiros, em união de facto e, por último, nos pais casados.

Este resultado poderá estar relacionado com a variável anterior - tipo de família. Os pais que cuidam sozinhos dos seus filhos não partilham as tarefas com o cônjuge no mesmo espaço temporal, envolvendo-se mais nos cuidados da criança e, conseqüentemente, obtendo mais conhecimento sobre o desenvolvimento dos filhos.

Segundo Verças (2012, p. 1), “o divórcio dos pais associa-se a problemas transitórios de ajustamento nas crianças, os quais diminuem os seus resultados desenvolvimentais, fazendo com que estas crianças estejam, duas vezes mais, em risco de desenvolver problemas, do que as crianças de pais casados/união de facto”. A magnitude e a duração dos problemas que a criança pode vir a ter não está relacionado diretamente com a mudança de estrutura familiar, mas dos conflitos que a acompanham, ou seja, o modo como os pais se ajustam ao divórcio e separação.

Grzybowski & Wagner (2010, p.295), evidenciou no seu estudo que as “mães divorciadas mostraram que estavam mais atentas à rotina dos filhos (eu sei onde meu filho está), disponíveis (ele sabe onde me encontrar se precisar de algo) e zelosas (eu levo ele no médico)”. Existe um maior envolvimento das mães divorciadas com seus filhos no suporte emocional (abraçar, beijar, dizer que ama, conhecer os amigos, sentir-se próxima) e no suporte relacionado ao conhecimento (ler livros para o filho, conversar sobre a vida).

Estes resultados, mostram que os enfermeiros devem orientar a sua intervenção atendendo às características sociodemográficas dos pais.

Definiu-se como hipótese (H2) - O conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil é influenciado pelo nível socioeconómico, tendo analisado a influência das variáveis: classe social, profissão, origem do rendimento familiar, instrução, local de residência e tipo de habitação.

Relativamente à **classe social**, definida pela escala de *Graffar* Adaptada, os resultados do estudo demonstraram que todos os índices calculados foram mais elevados para a classe média alta, seguidos da classe média e menores para a classe média baixa ou baixa, no entanto as diferenças não são estatisticamente significativas.

Pelo contrário, no estudo de Vale-Dias (2012), verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas para os índices de precisão e total quando relacionaram o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil com o nível socioeconómico. Para estes dois índices, os pais com os níveis socioeconómicos médio e elevado tiveram um nível de precisão mais elevado, comparativamente aos pais que pertencem à classe socioeconómica baixa. Esta autora conclui que o recurso a livros e artigos de revista sobre o desenvolvimento da criança, ou a procura de fontes mais fidedignas no aconselhamento sobre questões referentes à criança são estratégias mais valorizadas por pais de nível socioeconómico elevado.

Relativamente à relação entre a **profissão** dos pais e o conhecimento sobre o desenvolvimento, os resultados deste estudo não mostraram diferenças estatisticamente significativas para nenhum dos três índices do KIDI-P. Pode estar associado ao facto de que as categorias profissionais expostas no instrumento de colheita de dados estarem de acordo com a Escala de *Graffar* Adaptada e, por esse motivo, serem generalistas e suscitarem algumas dúvidas aos inquiridos.

Contudo, em Portugal, foi realizado um estudo exploratório em 2013, com o objetivo caracterizar os conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil de um grupo de mães de crianças do pré-escolar. Neste estudo verificou-se resultados significativas relativamente à situação profissional, em que as mães empregadas demonstraram ter mais conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil do que as que se encontravam desempregadas (Santos, 2013).

Outro estudo demonstra a existência de uma relação significativa, entre a experiência de cuidar de crianças em contexto profissional (trabalhador em creches) e níveis elevados de conhecimento sobre o desenvolvimento da criança. Segundo as autoras do estudo, “a existência desta relação faz sentido se considerarmos que, para além da formação profissional da qual usufruem os sujeitos, o convívio direto com um maior número de crianças, com diferentes competências e características, providencia informação mais vasta sobre as normas do desenvolvimento e comportamento da criança, nas diferentes fases do desenvolvimento” (Nobre-Lima et al., 2012, p. 60).

Em relação à variável **origem do seu rendimento familiar**, os resultados do presente estudo, apesar de não apresentarem diferenças estatisticamente significativas, demonstram que o índice total e de precisão é superior para os pais que selecionaram a opção “Lucros de empresas, propriedades, heranças, rendimentos profissionais de elevado níveis/ altos vencimentos e honorários” e mais baixo para quem tem “remuneração igual ou inferior ao salário mínimo nacional; pensionistas ou reformados; vencimentos incertos”.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Santos (2013), que verificou que as mães com nível baixo de rendimento familiar apresentaram maior número de respostas erradas comparativamente às mães que têm rendimento familiar mais elevado.

Relativamente ao nível de **instrução** dos inquiridos no presente estudo, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre as categorias de instrução para os índices total e de precisão. Ambos os índices foram mais elevados para os pais que frequentaram o Ensino Superior, ou seja, os pais com um nível de instrução mais elevado têm mais conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil dos filhos.

Os mesmos resultados foram comprovados no estudo de Santos (2013) e de Nobre-Lima et al. (2014), onde o nível de instrução apresentou uma correlação significativa com os conhecimentos dos progenitores. Comprovou-se que os pais com mais habilitações académicas têm mais conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil do que aqueles com menor nível de instrução.

Para Vale-Dias (2012), uma maior escolarização, muitas vezes conducente a um nível socioeconómico elevado, poderá contribuir para uma procura mais ativa da informação sobre o desenvolvimento da criança. Os pais com maior educação apresentam maior probabilidade de mostrar interesse na educação dos filhos, e de estarem envolvidos com estes.

No que diz respeito ao **local de residência**, no presente estudo não se verificaram resultados estatisticamente significativos. No entanto, o índice total é superior para os pais que residem em “Bairro Social bom/elegante”, seguido para aqueles que vivem em “Zona Intermédia” e inferior para os pais que vivem “Zona antiga/ Bairro Social”.

Um estudo realizado por Zhong, He, Gao, Wang, & Luo (2020) com 715 famílias rurais de 100 aldeias não desenvolvidas do oeste da China aplicou também o KIDI-P. A pontuação média de

conhecimento da amostra foi de 0,52. Nas zonas rurais da China, o baixo conhecimento dos pais inevitavelmente restringiria o desenvolvimento dos seus filhos e explicaria parcialmente os atrasos no desenvolvimento das crianças nessa área.

Segundo Silva, Nunes, Betti, & Rios (2008, p.219) “morar em bairros (...) e áreas urbanas com muitos crimes pode levar pais habilitados a falhar no papel de agentes de prevenção de problemas de comportamento em seus filhos”. Sendo por isso, importante a investir em programas de educação para a saúde dirigidos aos pais que residem em locais de risco.

Em relação à variável “**tipo de habitação**”, neste estudo realizado os resultados demonstram diferenças significativas para o índice de confiança e total. Para ambas as pontuações, o índice é superior nos pais que vivem em casas ou andares bastante espaçosos e confortáveis/luxuosos” e inferior nos pais que residem em “casas ou andares modesto com cozinha e casa de banho, com eletrodoméstico de menor nível”. Desta forma, pode-se concluir que os pais que têm melhores condições de habitação apresentam mais conhecimento sobre o desenvolvimento infantil e mais confiança nas suas respostas.

Um dos fatores de risco para o desenvolvimento infantil é as condições inadequadas de habitação (Silva, Nunes, Betti, & Rios 2008). A literatura remete para a importância de um espaço exterior para a estimulação da criança. Caso não exista esse espaço na habitação, é pertinente que os pais organizem o seu tempo, proporcionando momentos de interação com as crianças com idas a parques ou jardins, onde estas possam experienciar/realizar diversas atividades para um progresso no desenvolvimento motor.

Para além da existência de espaços exteriores de área circundante à habitação ou área envolvente, é importante que o espaço interior da habitação seja suficiente para a realização de movimentos como o andar. Assim, os pais devem procurar criar hábitos e estilos de vida saudáveis desde cedo, organizando o ambiente de forma a incentivar a criança (Simões, 2012).

Considerou-se como terceira hipótese que o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil é influenciado pela funcionalidade familiar.

Neste estudo analisou-se a relação existente entre **a funcionalidade familiar** e o conhecimento dos pais acerca do desenvolvimento infantil. Perante a análise dos resultados concluiu-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes tipos de funcionalidade. Contudo, o índice total é superior para as famílias altamente funcionais em comparação com as famílias com moderada disfunção.

A investigação de Zhong, He, Gao, Wang, & Luo (2020) comprova que os pais com maior conhecimento envolvem-se significativamente nas atividades parentais. Passar mais tempo com filhos também melhora o conhecimento dos progenitores e, conseqüentemente, o desenvolvimento

dos filhos. Este resultado enfatiza a importância da aprendizagem baseada em brincadeiras entre pais e filhos na idade pré-escolar.

Apesar desta investigação não abordar a funcionalidade familiar através do APGAR Familiar de *Smilkstein*, este instrumento tem subjacente a partilha de tempo e a satisfação face aos compromissos que os membros da família estabelecem entre si.

Na hipótese H4 considerou-se que o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil é influenciado pelas características sobre os filhos, tendo analisado as variáveis, número de filhos e média de idades dos outros filhos.

No que respeita ao **número de filhos** verificou-se que a maioria dos pais, 51,3% têm apenas um filho, 43,7% tem dois filhos e 4,9% têm três ou quatro filhos. Os resultados indicam que existe uma diferença estatisticamente significativa apenas para o índice total ($p=0,013$), os pais com mais filhos demonstram um nível de conhecimento maior sobre o desenvolvimento infantil, em comparação com os pais com menos filhos.

Os mesmos resultados foram encontrados em Vale-Dias (2012) demonstrando diferenças significativas para os índices total e índice de confiança. Os pais com dois ou mais filhos revelaram valores mais elevados, para ambos os índices, do que os pais com menos filhos.

Segundo Silva (2017), é lógico supor que os pais que têm mais filhos, possivelmente dispensam mais tempo nas consultas de CSP e, por isso, pode levar a uma gama de conhecimentos diversos em torno de questões da saúde e bem-estar infantil. O convívio com um número maior de filhos pode funcionar como fator que influencia positivamente na sua preparação para lidar com as questões relacionadas com o desenvolvimento infantil.

Em contrapartida existem outros estudos onde os pais com menos experiência (pela primeira vez) procuram mais fontes fidedignas e especialistas, demonstrando níveis de conhecimento sobre desenvolvimento infantil superiores (MacPhee, 2002, como referido por Vale-Dias, 2012). Este facto pode em certos casos levar à compensação da falta de experiência.

A última variável é referente à **média de idades dos outros filhos**, no entanto neste estudo não se evidenciou diferenças estatisticamente significativas. Os pais que têm outros filhos com mais de 12 anos apresentam um conhecimento superior, embora com pouca diferença, não levando a conclusões de relevância. Também não foram encontrados estudos na literatura que tenham aplicado o KIDI-P e comparado com a média de idades de outros filhos.

Em síntese, os resultados do presente estudo revelam que os conhecimentos dos pais sobre o desenvolvimento infantil variam em função do tipo de família, estado civil, instrução, tipo de habitação e número de filhos. Conclui-se que estas variáveis estão relacionadas com o

conhecimento dos progenitores sobre o desenvolvimento da criança, confirmando vários dos estudos científicos realizados a nível nacional e internacional.

Por outro lado, outras variáveis onde se incluem a idade, género, nível socioeconómico, profissão, origem do rendimento familiar, local de residência e funcionalidade familiar não tiveram diferenças estatisticamente significativas neste estudo. Contudo estas foram também na direção do encontrado em outros estudos, influenciando o conhecimento dos pais tal como referido anteriormente.

Na análise da variável “**Média de idades de outros filhos**” não foi possível retirar conclusões da influência no conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil na idade pré-escolar, nem foram encontrados na literatura estudos que abordassem este parâmetro.

ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO

Sabemos que os conhecimentos sobre desenvolvimento e educação são importantes, mas que não são suficientes para aumentar ou modificar os conhecimentos dos pais para que estes mudem as suas rotinas e atitudes educativas. Contudo, quanto mais os pais souberem sobre o processo de desenvolvimento, saúde, aprendizagem e educação das crianças e jovens e sobre estratégias educacionais eficazes, mais possibilidades têm de adotar significações adaptativas, flexíveis e integradoras, promotoras de um desenvolvimento saudável (M. C. F. Silva, 2017).

A abordagem do desenvolvimento deve ser centrada nas famílias, com abordagens individualizadas, de forma a promoverem uma evolução harmoniosa dos filhos (Lourenço, 2015). Por esse motivo, devem ser tidas em conta as especificidades e necessidades de cada criança e família, devendo ser prestados cuidados individualizados e personalizados.

O Enfermeiro de Família, devido à proximidade com as mesmas, encontra-se numa posição privilegiada para a capacitação da família no âmbito do desenvolvimento infantil. Por isso, pretendeu-se ter a perspetiva dos pais, acerca dos ensinamentos efetuados incidindo nas atividades promotoras do desenvolvimento.

Os resultados do estudo mostraram, de um modo geral, que as atividades promotoras do desenvolvimento mais mencionadas nas três consultas, por parte dos Enfermeiros de Família, visam a promoção da atividade física das crianças.

Sabendo que a obesidade infantil está a ganhar proporções cada vez mais alarmantes, e que a idade pré-escolar é a fase de desenvolvimento correspondente à aquisição de hábitos, é de extrema importância a abordagem e intervenção às crianças nesta idade e nas suas famílias. Os profissionais dos CSP são os primeiros a contactar e diagnosticar a obesidade infantil, logo desempenham um papel integral na sua prevenção. Neste sentido, os enfermeiros assumem um papel fundamental para capacitar os pais a promoverem nas suas crianças um crescimento e desenvolvimento saudável e a aquisição e manutenção de hábitos de vida saudáveis (Rocha, 2017).

De acordo com Moita (2015) o exercício físico na idade pré-escolar deve ser fomentado nas consultas de saúde infantil, uma vez que estimula a coordenação motora, fundamental para um bom desenvolvimento psicomotor. Alguns exemplos de atividades que contribuem para um adequado desenvolvimento psicomotor são jogar à bola, saltar à corda ou andar de bicicleta.

Na consulta dos 3 anos de idade, para além da promoção da atividade física, os Enfermeiros de Família também costumam informar os pais para ajudarem a criança a partilhar os brinquedos, uma vez que é a altura de ingressar no jardim de infância. Segundo Magalhães (2017) o ato de brincar tem extrema importância para a vida de uma criança. A criança deve ter à sua disposição materiais/brinquedos que possam manipular livremente, junto de outras crianças. “A manipulação de materiais é extremamente importante para o desenvolvimento da criança, e, ainda mais se aquando dessa manipulação dos materiais estiverem outras crianças, para que possam manipular os brinquedos em conjunto de forma a aprenderem a partilhar, a socializar, a cooperar e a estar em grupo” (Magalhães, 2017, p.40).

Por outro lado, os Enfermeiros de Família informam menos os pais sobre “Dar responsabilidades, aceitar a forma que ele achou para dominar a sua vida” e “Não trazer a criança para a realidade quando está no seu mundo imaginário”. Segundo Moita (2015, p.24) “os pais devem ser preparados para o alto nível de imaginação da criança, a qual gosta de exagerar, e que não deve confundir com a mentira.” Para além disso, os adultos ao tornar-se parceiros nos jogos de faz-de-conta, nas discussões e nos debates levam a criança a desenvolver o pensamento lógico-criativo. Assim, a brincadeira é um momento privilegiado para, de forma lúdica e agradável, ensinar regras aos filhos e proporcionar experiências afetivas e empáticas.

Relativamente à consulta dos 4 anos, uma das atividades mais mencionada é a promoção de construções com lego e com puzzles. Segundo Moita (2015), o uso adequado de jogos, puzzles, livros, bolas, lápis de cor e outros brinquedos, podem estimular as várias competências da criança, relativas ao desenvolvimento, no que respeita à motricidade global, à visão e manipulação, à audição e linguagem e ao comportamento e adaptação social.

Segundo a perspetiva dos pais, a atividade promotora do desenvolvimento menos referida na consulta dos 4 anos é “Não entrar em grandes pormenores quando questionados sobre sexualidade”. Os pais devem ser esclarecidos que na idade pré-escolar a criança está a desenvolver a consciência identitária em relação às diferenças de género, por isso, a par do desenvolvimento emocional da criança também se desenvolve a sexualidade na infância. Na idade pré-escolar ocorrem importantes descobertas e explorações a respeito de órgãos sexuais. “O enfermeiro deve alertar os pais para as perguntas que possam surgir nomeadamente sobre sexo e reprodução. A verdade deve nortear todas as respostas. Deve ser averiguado o que realmente a criança sabe e pensa sobre o assunto e responder apenas ao que é perguntado (Moita, 2015, p. 30)”.

Outra atividade promotora do desenvolvimento pouco mencionada nesta consulta é “proporcionar a oportunidade da criança transmitir uma mensagem a outra pessoa”. Sabe-se que o primeiro contacto da criança com a linguagem dá-se no seio familiar. A criança começa a fazer parte de grupos cada vez maiores quando ingressa no jardim de infância. A criança ouve falar e fala do que está a acontecer ou do que acabou de acontecer, numa primeira fase. Segue-se a evolução do vocabulário e da construção frásica, e a criança começa a usar a língua para tornar presentes acontecimentos passados ou que ainda irão acontecer. Assim sendo, tanto os pais como as creches/jardins de infância têm um papel fundamental na estimulação da linguagem, e a criança adquire-a pelo uso, ao ouvir falar e falando (Ribeiro, 2017)

Nas consultas dos 5 anos de idade, para além da promoção da atividade física, outra atividade mais referida pelos Enfermeiros de Família é “proporcionar à criança responsabilidade, como por exemplo: ajudar em casa, dar recados”. As crianças em idade pré-escolar devem começar a adquirir independência, saber fazer determinadas ações, construir a sua autonomia, aprender a fazer escolhas, a ter preferências, a tomar decisões e assumir responsabilidades (Marques, 2015). Assim sendo, “colaborar em tarefas domésticas simples são aquisições importantes nesta faixa etária, e que devem ser elogiadas pelos pais” (Moita, 2015, p.23).

Segundo os pais, os Enfermeiros de Família abordam menos a atividade de “incutir regras, impor limites, ajudar a lidar com os impulsos (roubo, mentira)”. A maioria dos pais compreende a importância de estabelecer limites às crianças, no entanto, fazê-lo de uma forma consistente e eficaz é uma tarefa difícil (Lopes & Ferreira, 2015). Por isso, as sessões de educação para a saúde devem orientar os pais para a necessidade de estabelecer regras e limites e devem incluir algumas estratégias que os ajudem a lidar com as birras ou com a resistência à autoridade parental (Moita, 2015). O reforço do comportamento desejado e a punição do comportamento indesejável também devem ser temas a abordar.

“Selecionar os programas televisivos/computador, bem como o horário e o período” é outra das atividades menos referenciadas nas consultas dos 5 anos de idade. Segundo Pizzolato (2012) a televisão influencia os comportamentos e atitudes das crianças, por esse motivo é importante que os pais limitem o tempo, conheçam os programas e ajudem a criança a compreender o que está a ver. Os pais devem gerir bem o tempo da criança e explicar-lhe o quanto é importante o uso da televisão/ computador mas também brincar ao ar livre. Não se deve abdicar de uma atividade por causa de outra, mas sim, conjugar para que as duas possam ser concretizadas (Brito, 2011).

Em suma, as atividades parentais quotidianas sustentam e educam as crianças para um futuro saudável e responsável, embora nem sempre, os pais, tenham consciência da sua influência no crescimento e desenvolvimento saudável das crianças. Por esse motivo, é importante que os Enfermeiros de Família implementem intervenções adequadas às características de cada família

(Rocha, 2017). Os cuidados antecipatórios são um aspeto a investir e, de acordo com Costa (2015, p.61) “ações como ceder um folheto relativo ao desenvolvimento infantil, pode ser útil”.

Assim sendo, realizou-se na USF Salinas uma sessão de educação para a saúde à equipa multidisciplinar sobre as atividades promotoras do desenvolvimento em idade pré-escolar (Apêndice VI); divulgou-se um vídeo na sala de espera da unidade, com o intuito de capacitar os pais para a promoção do desenvolvimento junto dos seus filhos e desenvolveu-se quatro folhetos para entregar aos pais/familiares durante a consulta de saúde infantil sobre esta temática (Apêndice VII; Apêndice VIII; Apêndice IX; Apêndice X).

6. CONCLUSÃO

Após a interpretação e discussão dos resultados de investigação descritos no ponto anterior serão explanadas as principais conclusões, bem como as limitações e implicações do estudo para a prática profissional.

6.1. Conclusões

O estudo foi desenvolvido atendendo às questões de investigação e aos objetivos delineados, cujos resultados expostos contribuíram para identificar o grau de conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil dos filhos em idade pré-escolar e os fatores que influenciam esse conhecimento. Para além disso, identificaram-se as atividades promotoras do desenvolvimento recomendadas aos pais nas consultas de saúde infantil pelos Enfermeiros de Família, que impulsionaram à realização de uma sessão de educação para a saúde aos utentes e equipa multidisciplinar da USF Salinas.

A evidência científica mostra que, um maior conhecimento dos pais acerca do desenvolvimento infantil constitui um importante meio para aprofundar a compreensão do comportamento parental, bem como do desenvolvimento da criança, dada a relação entre estes fatores. Neste estudo pode-se concluir que os pais têm um conhecimento aceitável sobre o desenvolvimento da criança em idade pré-escolar, tendo em conta a média de índice total e do índice de precisão, avaliado pelo questionário KIDI-P.

Ao analisar os fatores que influenciam esse conhecimento, os resultados do presente estudo foram estatisticamente significativos para as variáveis tipo de família, estado civil, instrução, tipo de habitação e número de filhos. Pelo contrário, não se identificou influência das variáveis: idade, género, nível socioeconómico, profissão, origem do rendimento familiar, local de residência e funcionalidade familiar e média de idades dos outros filhos.

O último objetivo do estudo tinha subjacente a importância do papel educativo e do acompanhamento realizado pelo Enfermeiro de Família no âmbito do desenvolvimento infantil. O Enfermeiro de Família deve intervir no sentido de informar, esclarecer e aconselhar sobre o desenvolvimento infantil. Quando os pais percebem a informação transmitida por parte do Enfermeiro de Família, podem adotar comportamentos mais adequados para estimular o desenvolvimento da criança. Na amostra os participantes referiram que a atividade promotora do desenvolvimento mais recomendadas nas consultas de vigilância de saúde infantil na idade pré-escolar visa a promoção da atividade física. Por outro lado, de acordo com a perspetiva dos pais, existe um menor enfoque por parte dos Enfermeiros de Família em outros aspetos do comportamento.

O Enfermeiro de Família deve criar e aproveitar as oportunidades para interagir com as famílias e suas crianças no sentido de desenvolverem comportamentos potenciadores de saúde. Nessas janelas de oportunidade deve fornecer informações orientadoras dos cuidados antecipatórios às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil. O Enfermeiro de Família encontra-se num local privilegiado para intervir com a família e ao ser EEESF terá um potencial superior para avaliar a dimensão familiar de desenvolvimento, antecipando e validando intervenções com base em instrumentos de avaliação familiar.

Por fim, salientar que de acordo com a OE, os enfermeiros devem continuar a aprofundar conhecimentos no âmbito da promoção do desenvolvimento infantil e a investir na formação, quer em contexto académico, quer profissional. Existe a necessidade de “(...) fomentar trabalhos de investigação neste campo, de forma a obter respostas mais assertivas / proactivas às necessidades atuais” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 99).

6.2. Limitações do estudo

Como limitações deste estudo salienta-se o tamanho da amostra, o qual não é muito alargado devido à limitação temporal do período de colheita de dados. Para que os resultados pudessem ser generalizados, seria necessária uma amostra maior, no entanto, o tamanho não invalidou os resultados obtidos.

A falta de estudos publicados no domínio da Enfermagem sobre esta temática a nível nacional e internacional dificultou a comparação dos resultados, particularmente em relação a algumas variáveis (tipo de família, origem do rendimento familiar, tipo de habitação, local de residência e funcionalidade familiar e média de idades dos outros filhos com o conhecimento dos pais).

6.3. Implicações para a prática profissional /propostas de alteração de práticas profissionais

A prática baseada na evidência apresenta inúmeros desafios para os Enfermeiros de Família, que devido à sua proximidade com as famílias, encontram-se numa posição privilegiada para dotar os pais de mais conhecimentos, de modo a torná-los mais capazes para estimularem o desenvolvimento dos seus filhos.

Neste sentido, considera-se importante desenvolver a prática profissional do Enfermeiro de Família, através de:

- Um programa de educação para a saúde dirigido aos pais e familiares da criança em idade pré-escolar com enfoque nas atividades promotoras do desenvolvimento infantil;
- Criação de um “Manual de orientação para a Promoção do Desenvolvimento Infantil nas crianças em idade pré-escolar” como veículo de mudanças ao nível da prestação de cuidados;

- Realização de estudos futuros com abordagem do ponto de vista dos Enfermeiros de Família sobre as estratégias que utilizam para promover o desenvolvimento infantil junto dos pais. Neste sentido, conseguia-se ampliar a compreensão deste fenómeno, não centralizando apenas a perspetiva dos pais;
- Realização de mais estudos com a utilização do KIDI-P, com amostras diferentes para procurar a correlação entre as diferentes variáveis e as características sociodemográficas, de modo a auferir ganhos em saúde no seio familiar;
- Aumento da duração das consultas de vigilância de saúde infantil para assegurar a capacitação dos pais/familiares/cuidadores das crianças.

SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

Ao concluir este relatório, ressaltam-se algumas considerações relativas ao percurso realizado. A opção de efetuar estágio revelou-se a mais adequada, permitindo aplicar os conhecimentos teóricos na prática clínica, exigindo uma atitude crítica e reflexiva, permitindo a aquisição de conhecimentos com base na evidência científica, conduzindo à melhoria da qualidade nos cuidados prestados à criança e família.

Assim, o estágio profissional, enquanto experiência de enriquecimento pessoal e curricular, possibilitou a identificação da complexidade do sistema familiar, com todas as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização; a conceção da família como unidade em transformação subordinada às transições normativas decorrentes dos processos desenvolvimentais inerentes ao seu ciclo vital; o desenvolvimento de cuidados específicos numa tónica colaborativa para capacitar as famílias face a essas transições; a realização da avaliação familiar nas dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional; o reconhecimento de eventos de especial complexidade, formulando diagnósticos e implementando intervenções ajustadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar; e por fim, efetuar a avaliação das intervenções implementadas de modo a promover as mudanças para a continuidade do funcionamento da família.

Considero que consegui alcançar todas as competências e os objetivos preconizados, mesmo com a dificuldade do tempo na aplicação dos instrumentos de avaliação familiar, sem que a prestação dos outros cuidados de enfermagem ficasse comprometida. Para além disso, sinto que fui capaz de potencializar as forças, recursos e competências das famílias, em parceria com toda a equipa multidisciplinar.

No que diz respeito ao estudo de investigação, o principal objetivo era proporcionar o conhecimento da realidade e produzir uma reflexão acerca da importância de práticas no âmbito da promoção do desenvolvimento infantil em idade pré-escolar pelo Enfermeiro de Família. Considero que o estudo desenvolvido neste contexto contribui para uma intervenção mais consciente e sustentada em termos de promoção do desenvolvimento infantil, por parte do Enfermeiro de Família, traduzindo-se numa melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, J. M. N. de O., Amendoeira, J. J. P., & Charepe, Z. B. (2017). A parceria de cuidados pelo olhar dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(4), 1–7. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2016-0070>

Assembleia da República. *Resolução da Assembleia da República n.º 171/2019*. Diário da República n.º 173/2019, 1ª Série. (2019). Retrieved December 10, 2019, from <https://data.dre.pt/eli/resolassrep/171/2019/09/10/p/dre>

Brito, M. C. (2011). *O computador no pré-escolar*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Retrieved from http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1372/1/Catia_Brito.pdf

Bornstein, M. H., Yu, J., & Putnick, D. L. (2020). Mothers' parenting knowledge and its sources in five societies: Specificity in and across Argentina, Belgium, Italy, South Korea, and the United States. *International Journal of Behavioral Development*, 44(2), 135–145. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/0165025419861440>

Bornstein, M., & Ribas, R. (2005). Parenting Knowledge: Similarities and differences in Brazilian mothers and fathers. *Interamerican Journal of Psychology*, 39(1), 5–12. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/28298376_Parenting_knowledge_similarities_and_differences_in_brazilian_mothers_and_fathers

Cheio, C. N. (2016). *Promoção do desenvolvimento infantil* (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa). Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/21985>

Costa, S. S. B. (2015). *Intervenção do enfermeiro especialista na promoção do bem-estar e do desenvolvimento da criança de risco* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16409>

Cruz, E. J. S., Cavalcante, L. C., & Pedroso, J. (2014). Inventário do conhecimento do desenvolvimento infantil: Estudo com mães de crianças em acolhimento institucional. *Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 15(1), 49–63. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702014000100005&lng=pt&tlng=pt

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* [PDF]. Retrieved from <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, Instituto Politécnico de Bragança & Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. (2019). *Guia Orientador do Estágio* [PDF]. Retrieved from <https://elearning.ua.pt/>

Ferreira, P. M., & Aboim, S. (2002). Modernidade, laços conjugais e fecundidade: A evolução recente dos nascimentos fora do casamento. *Análise Social*, 37(163), 411–446. Retrieved from <https://doi.org/10.2307/41011682>

Figueiras C, Neves S, Graziela R, B. (2005). *Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI*. Retrieved from <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1711.pdf%0Achrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfdmadadm/https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1711.pdf>

Figueiredo, M. H. de J. S. (2009). *Enfermagem de família: um contexto do cuidar*. (Tese de Doutoramento, Universidade do Porto). Retrieved from <http://repositorioaberto.up.pt/handle/10216/20569>

Figueiredo, M. H. de J. S. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. (Lusociência, Ed.). Loures.

Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. (Lusodidata, Ed.). Loures.

Gomes, M. I. M. (2010). *(Des)complexizando os estios parentais: Com pais casados e pais divorciados/separados* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa). Retrieved from <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/2499>

Grzybowski, L., & Wagner, A. (2010). O envolvimento parental após a separação/divórcio parental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(2), 289–298. Retrieved from <https://doi.org/10.1590/S0102-79722010000200011>

Hockenberry, M. J.; Wilson, D. (2018). *Wong's Nursing Care of Infants and Children*. 11ª Edição. Elsevier Health Sciences.

Lopes, N., & Ferreira, R. (2015). *Intervenção dos Enfermeiros na Capacitação Parental no relacionamento pais-filhos*. 3(5), 312–329. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/317036969>

Lourenço, A. P. S. (2015). *Avaliação e promoção do desenvolvimento infantil: Contributos do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16408>

- Magalhães, T. M. I. M. (2017). O brinquedo no desenvolvimento da criança. (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências Educativas do Douro). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/24860>
- Maia, A. R., Fernandes, J., Leite, M. F., Santos, H., & Pereira, S. A. (2016). Avaliação do desenvolvimento psicomotor pelos médicos de família: Estudo observacional. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 32(4), 248–256. Retrieved from <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11825>
- Marinho, S. (2014). Famílias monoparentais em Portugal: Linhas de continuidade e de transformação nas duas últimas décadas. In Associação Portuguesa de Sociologia (Ed.), *VII Congresso Português de Sociologia* (pp. 1–15). Retrieved from <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/20831>
- Marques, B. C. P. (2015). *A educação pré-escolar: Regras, comportamentos e cidadania*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/12463>
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. (ReportNumber, Ed.) (7ª). Lisboa.
- Melo, S. C. H., & Marin, A. H. (2016). Influência das composições familiares monoparentais no desenvolvimento da criança: Revisão da Literatura. *Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 17(1), 4–13. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702016000100002&lng=pt&tlng=pt
- Ministério da Saúde. *Decreto- Lei nº 118/2014 de 5 de agosto*. Diário da República, 1ª série, Nº149. (2014). Retrieved October 3, 2019, from <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/118/2014/08/05/p/dre/pt/html>
- Moita, H. C. A. N. (2015). *Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar: Uma perspetiva da intervenção do enfermeiro* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Santarém). Retrieved from <https://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/1485>
- Monteiro, M. J. P. (2009). Enfermagem de Família: A construção de competências. In Linha de Investigação de Enfermagem de Família (Ed.), *Da Investigação à Prática de Enfermagem de Família* (pp. 13–19). Porto. Retrieved from <https://pt.scribd.com/document/114037216/Da-investigacao-a-pratica-de-enfermagem-de-familia>
- Nobre-Lima, L., Vale-Dias, M. da L., & Mendes, T. F. V. (2012). Crenças parentais sobre o desenvolvimento da criança e sua relação com o cuidar. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 53–62. Retrieved from <http://dehesa.unex.es/handle/10662/2520?locale-attribute=pt>

Nobre-Lima, L., Vale-Dias, M. da L., Mendes, T. V., Mónico, L., & MacPhee, D. (2014). The Portuguese version of the Knowledge of Infant Development Inventory-P (KIDI-P). *European Journal of Developmental Psychology*, 11(6), 740–745. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/271992046>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem pediátrica de saúde infantil e pediátrica* [PDF]. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatrica_volume1.pdf

Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento n.º 126/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar*. Diário da República: 2ª série, N.º 35. (2011). Retrieved October 3, 2019, from <https://dre.pt/home/-/dre/3477015/details/maximized>

Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento n.º 367/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*. Diário da República: 2ª série, N.º 124. (2015). Retrieved October 5, 2019, from <https://dre.pt/home/-/dre/67626811/details/maximized>

Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento n.º 428/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Diário da República: 2ª série, N.º 135. (2018). Retrieved October 5, 2019, from <https://dre.pt/home/-/dre/115698616/details/maximized>

Organização Mundial de Saúde, & Fundo das Nações Unidas para a Infância. (2018). *Cuidados de criação para o desenvolvimento na primeira infância: Plano global para ação e resultados* [PDF]. Retrieved from http://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/draft2-nurturing-care-framework-pt.pdf

Pina, J. C., Mello, D. F., & Lunardelo, S. R. (2008). Utilização de instrumento de registro de dados da saúde da criança e família e a prática do enfermeiro em atenção básica à saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(3), 270–273. Retrieved from <http://doi.org/10.1590/s0034-71672006000300004>

Potter, P., & Perry, A. (2006). *Fundamentos de enfermagem - Conceitos e procedimentos*. Lisboa: Lusociência.

Ribeiro, O. A. (2017). *À conquista das palavras por crianças de 4 anos: Uma etapa no desenvolvimento da consciência fonológica*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação e Comunicação da Universidade do Algarve). Retrieved from <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/10477>

Rocha, J. M. P. (2017). *A prevenção da obesidade infantil em crianças na idade pré-escolar: Intervenção do enfermeiro especialista* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/24185>

Salvado, R. S. T. (2013). *Avaliação do desenvolvimento infantil em contexto de cuidados de saúde primários: Intervenção do enfermeiro* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/15777>

Santos, C. M. da C. I. (2013). *Conhecimentos dos pais sobre o desenvolvimento da criança na 1ª infância: Um estudo exploratório* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa). Retrieved from <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/11920>

Santos, F. M. (2010). *Sem cerimónia nem papéis: Um estudo sobre as uniões de facto em Portugal* (Tese de Doutoramento, Universidade da Beira Interior). Retrieved from <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/654>

Santos, S. (2012). *Factores sociodemográficos que influenciam a resiliência estudo comparativo com pais de crianças com e sem doença* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9373>

Serra, M. A. C. C. (2016). *Promoção da parentalidade potenciadora do desenvolvimento infantil* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Santarém). Retrieved from <https://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/2069>

Serviço Nacional de Saúde. (2019). *Bilhete de identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. Retrieved November 24, 2019, from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20019/2010593/Pages/default.aspx>

Silva, N. C. B. da, Nunes, C. C., Betti, M. C. M., & Rios, K. de S. A. (2008). Variáveis da família e seu impacto sobre o desenvolvimento infantil. *Temas em Psicologia*, 16(2), 215–229. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2008000200006

Silva, M. C. F. (2017). *Transição para a parentalidade no primeiro ano de vida da criança: Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Retrieved from <http://web.esenfc.pt/?url=rj3RNkbV>

Simões, A. L. P. (2012). *Oportunidades de estimulação na habitação para o desenvolvimento motor da criança* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/14094>

USF Salinas. (2017). *Carta de compromisso* [PDF]. Retrieved October 6, 2019, from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20019/2010593/Biblioteca/Carta de compromisso 2019.pdf>

USF Salinas. (2019a). *Carta de Qualidade* [PDF]. Retrieved October 6, 2019, from https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20019/2010593/Biblioteca/carta_de_qualidade_usf_salinas_julho_2019.pdf

USF Salinas. (2019b). *Regulamento Interno da Unidade de Saúde Familiar Salinas* [PDF]. Retrieved from [https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20019/2010593/Biblioteca/Regulamento_Interno_versão_2018 - REVISTO JULHO 2019.docx.pdf](https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20019/2010593/Biblioteca/Regulamento_Interno_versão_2018_-_REVISTO_JULHO_2019.docx.pdf)

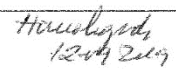
Vale-Dias, M. da L., & Nobre-Lima, L. (2018). Parents knowledge about the development of children aged 2 to 6 years old. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 149–156. Retrieved from <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v4.1284>

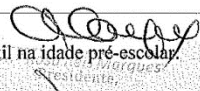


Verças, A. R. V. (2012). *A coparentalidade e o apoio social, em situação de ruptura conjugal e o ajustamento dos filhos: Estudo com famílias multidesafiadas, com filhos em idade pré-escolar* (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa). Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/13467>

Zhong, J., He, Y., Gao, J., Wang, T., & Luo, R. (2020). Parenting knowledge, parental investments, and early childhood development in rural households in western china. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), 1–11. Retrieved from <https://doi.org/10.3390/ijerph17082792>

ANEXO I – Autorização da Comissão de Ética da ARS Centro

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: Favorável	DESPACHO:  12 de 2 de 19 Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.
------------------------------------	---

ASSUNTO:	<p>Título "Conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil na idade pré-escolar, contributos do enfermeiros de família" Processo nº : 88/2019</p> <p>Autores: Enfermeira Inês Marques Rodrigues, Estudante de Mestrado Universidade de Aveiro; Professoras Doutoradas Elsa Maria Pinheiro de Melo e Assunção Laranjeira de Almeida, Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro</p> <p> Presidente,  vice-presidente,  Dr. Luís Milião Chabal Vogal,</p>
-----------------	---

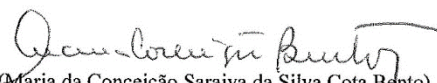
Estudo Observacional, descritivo-correlacional de cariz quantitativo, que tem como objetivos: identificar o grau de conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil dos filhos em idade pré-escolar; analisar a influencia das variáveis sociodemográficas e do funcionamento familiar no conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil dos filhos em idade pré-escolar e identificar as atividades promotoras de desenvolvimento recomendadas aos pais durante a consulta de saúde infantojuvenil, pelos enfermeiros de família, previstas pela norma nº 010/2013 da Direção Geral de Saúde. A população-alvo do estudo será constituída pelos pais de crianças em idade pré-escolar inscritos na Unidade de Saúde Familiar Salinas, a amostra a estudar será não-probabilística, por conveniência. A Colheita de dados será efetuada através de questionário, que consta do processo, bem como as autorizações para a utilização das escalas nele integradas. As autoras têm autorização da USF Salinas para a realização do estudo e a mesma consta do processo. A folha para o consentimento informado consta do processo e contem os elementos exigidos pela Comissão de Ética da Saúde da ARSCentro.

A análise dos documentos permite verificar que é garantida a participação livre, voluntaria e informada dos participantes; que os dados são anonimizados e que é garantida a confidencialidade dos mesmos. Não se identificam danos prováveis ou custos para os participantes. Assim, estando assegurados os procedimentos éticos necessários em estudos desta natureza, propomos que o parecer seja favorável.

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Deve ser remetido relatório final do estudo a esta Comissão de Ética.

Relator:


(Maria da Conceição Saraiva da Silva Cota Bento)

Presidente da Comissão de Ética da Saúde -ARSC


(Carlos Fontes Ribeiro)

AUTORIZAÇÃO

Para os devidos efeitos, autorizo a estudante **Inês Marques Rodrigues**, do Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, a realizar o projeto de investigação intitulado *“Conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil na idade pré-escolar: contributos do enfermeiro de família”*, sob a orientação científica da Doutora Elsa Melo.

Aveiro, 5 de julho de 2019

O Diretor da Escola Superior de Saúde



Prof. Doutor Rui Jorge Dias Costa

ANEXO III – Autorização da Coordenadora da USF Salinas

Exm^a. Senhora Coordenadora da USF Salinas
Dr^a. Ana Padrão

Ana Patrícia, Dr.^a
Coord. USF Salinas
24/06/2019

ASSUNTO: Pedido de autorização para colheita de dados na USF Salinas

Eu, Inês Marques Rodrigues, a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, sob a orientação da Professora Doutora Elsa Melo e coorientação da Professora Doutora Assunção Almeida, pretendo desenvolver um projeto de investigação com o tema “**Conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil na idade pré-escolar: contributos do enfermeiro de família**”.

Os objetivos principais do estudo de investigação são:

- Identificar o grau de conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil dos filhos em idade pré-escolar;
- Analisar a influência de variáveis sociodemográficas e do funcionamento familiar no conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil em idade pré-escolar;
- Identificar as atividades promotoras de desenvolvimento recomendadas aos pais durante a consulta de saúde infantojuvenil pelos enfermeiros de família, previstas pela Norma N°010/2013 da Direção-Geral da Saúde.

Trata-se de um estudo descritivo-correlacional, de cariz quantitativo. A população-alvo será constituída por pais com filhos em idade pré-escolar inscritos na Unidade de Saúde Familiar Salinas. A colheita de dados será efetuada através de um questionário, após o consentimento livre e esclarecido dos participantes. Será garantido o anonimato de todos os participantes e a confidencialidade de dados.

Neste contexto, venho solicitar a Vossa Exa a autorização para a realização deste estudo na USF Salinas, no âmbito das consultas de Saúde Infantil e Juvenil.

Encontro-me inteiramente disponível para o esclarecimento de quaisquer dúvidas que possam ter persistido referentes ao projeto de investigação e à sua recolha de dados. Agradeço desde já a atenção que possa dispensar a este assunto.

Com os mais cordiais cumprimentos,

Inês Marques Rodrigues, 26/06/2019
Inês Marques Rodrigues, N° Cédula Profissional: 92527

Aveiro, 26 de junho de 2019

KIDI-P PORTUGUESE VERSION SCORING

Three primary scores are derived for the KIDI-P: Attempted, which reflects nonuse of the Not Sure option and is related to confidence in one's knowledge; Accuracy, or answering items correctly; and Total, which is the product of these two scores.

- 1) A count function, as in SPSS, may be used to count responses to the items that are right or wrong, separately for "agree", "disagree" and "not sure".

Count_agree_right = KIDI_3 KIDI_12 KIDI_15 KIDI_19 KIDI_21 KIDI_22 KIDI_23
KIDI_28 KIDI_32 KIDI_33 KIDI_34 KIDI_36 KIDI_37 KIDI_41 KIDI_44 KIDI_48
KIDI_56 (1).

Count_disagree_right = KIDI_1 KIDI_2 KIDI_4 KIDI_5 KIDI_6 KIDI_7 KIDI_8 KIDI_9
KIDI_10 KIDI_11 KIDI_13 KIDI_14 KIDI_16 KIDI_17 KIDI_18 KIDI_20 KIDI_24
KIDI_25 KIDI_26 KIDI_27 KIDI_29 KIDI_30 KIDI_31 KIDI_35 KIDI_38 KIDI_39
KIDI_40 KIDI_42 KIDI_43 KIDI_45 KIDI_46 KIDI_47 KIDI_49 KIDI_50 KIDI_51
KIDI_52 KIDI_53 KIDI_54 KIDI_55 KIDI_57 KIDI_58 (2).

Count_agree_wrong = KIDI_1 KIDI_2 KIDI_4 KIDI_5 KIDI_6 KIDI_7 KIDI_8 KIDI_9
KIDI_10 KIDI_11 KIDI_13 KIDI_14 KIDI_16 KIDI_17 KIDI_18 KIDI_20 KIDI_24
KIDI_25 KIDI_26 KIDI_27 KIDI_29 KIDI_30 KIDI_31 KIDI_35 KIDI_38 KIDI_39
KIDI_40 KIDI_42 KIDI_43 KIDI_45 KIDI_46 KIDI_47 KIDI_49 KIDI_50 KIDI_51
KIDI_52 KIDI_53 KIDI_54 KIDI_55 KIDI_57 KIDI_58 (1).

Count_disagree_wrong = KIDI_3 KIDI_12 KIDI_15 KIDI_19 KIDI_21 KIDI_22 KIDI_23
KIDI_28 KIDI_32 KIDI_33 KIDI_34 KIDI_36 KIDI_37 KIDI_41 KIDI_44 KIDI_48
KIDI_56 (2).

Count_notsure = KIDI_1 KIDI_2 KIDI_3 KIDI_4 KIDI_5 KIDI_6 KIDI_7 KIDI_8
KIDI_9 KIDI_10 KIDI_11 KIDI_12 KIDI_13 KIDI_14 KIDI_15 KIDI_16 KIDI_17
KIDI_18 KIDI_19 KIDI_20 KIDI_21 KIDI_22 KIDI_23 KIDI_24 KIDI_25 KIDI_26
KIDI_27 KIDI_28 KIDI_29 KIDI_30 KIDI_31 KIDI_32 KIDI_33 KIDI_34 KIDI_35
KIDI_36 KIDI_37 KIDI_38 KIDI_39 KIDI_40 KIDI_41 KIDI_42 KIDI_43 KIDI_44
KIDI_45 KIDI_46 KIDI_47 KIDI_48 KIDI_49 KIDI_50 KIDI_51 KIDI_52 KIDI_53
KIDI_54 KIDI_55 KIDI_56 KIDI_57 KIDI_58 (3).

- 2) To compute summary scores:

Attempted= (58 - #notsure) / 58 or Attempted= (#rights + #wrongs)/58

Accuracy= #right / (#right + #wrong)

Total= #right / 58 or Total= Attempted*Accuracy

APÊNDICE I – Instrumento de Recolha de Dados

QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AOS PAIS DE CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR

O questionário encontra-se dividido em três partes relativas à caracterização da amostra, incluindo a escala de *Graffar* Adaptada; APGAR familiar de *Smilkstein*; versão portuguesa do *Knowledge of Infant Development Inventory* e as atividades promotoras do desenvolvimento na idade pré-escolar. Para cada questão pretende-se que assinale com uma cruz a opção que corresponde à sua realidade. A sua colaboração é essencial e voluntária e o questionário é anónimo e confidencial.

PARTE I – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

1. Idade	_____
2. Género	
Masculino	1
Feminino	2
3. Tipo de Família	
Família nuclear	1
Família reconstituída	2
Família alargada	3
Família monoparental	4
Família de coabitação	5
Família institucional	6
4. Estado Civil	
Solteiro	1
Casado	2
União de facto	3
Viúvo	4
Divorciado	5

Classificação Graffar Adaptada	
5. Profissão	
Gerentes industriais e Comerciantes; Gestores de topo do sector publico ou privado; Professores Universitários; General/Marechal; Profissões liberais de topo; Altos dirigentes políticos	1
Médios industriais e comerciantes; Dirigentes de médias empresas; agricultores/proprietários; dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector publico ou privado; Oficiais das Forças Armadas; Profissões liberais; Professores Ensino Básico e Secundário	2
Pequenas industriais e comerciantes; Quadros médios; Chefes de secção; Empregado de escritório (alto nível), médios agricultores; sargentos e equiparados	3
Pequenos agricultores/ rendeiros; empregado escritório (baixo grau); operários semiquualificados; funcionários públicos e membros das forças armadas ou militarizadas de nível inferior.	4
Assalariados agrícolas; trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	5
6. Origem do rendimento familiar	
Lucros de empresas, de propriedades; Heranças; Rendimentos profissionais de elevado nível	1
Altos vencimentos e honorários (>10 vezes o salário mínimo nacional)	2
Vencimentos certos	3
Remuneração igual ou inferior ao salário mínimo nacional; pensionistas ou reformados; vencimentos incertos	4
Assistência (Subsídios)	5
7. Instrução	
Licenciatura; Mestrado; Doutoramento	1
Bacharelato ou Curso Superior com duração maior ou igual a três anos	2
12º ano; Nove ou mais anos de escolaridade	3
Escolaridade entre os 4 e 9 anos	4

Não sabe ler ou escrever; Escolaridade abaixo dos 4 anos.	5
8. Local de Residência	
Bairro residencial elegante	1
Bairro residencial bom	2
Zona Intermédia	3
Bairro social / operário; Zona antiga	4
Bairro de lata ou equivalente	5
9. Tipo de habitação	
Casas ou andares luxuosos, espaçoso com máximo de conforto	1
Casas ou andares bastante espaçoso e confortável	2
Casas ou andares em bom estado de conservação com cozinha e casa de banho, eletrodomésticos essenciais.	3
Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com eletrodomésticos de menor nível.	4
Alojamentos impróprios (barraca, andar ou outro); coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade	5

	Quase Sempre	Algumas Vezes	Quase Nunca
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	1	2	3
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.	1	2	3
Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.	1	2	3
Estou satisfeito com o modo com a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	1	2	3
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	1	2	3

PARTE II - CONHECIMENTO SOBRE O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

(David MacPhee, 1996; adapted by Tânia Mendes, Luiza Nobre-Lima & Maria da Luz Vale-Dias, 2011) Paper:

The Portuguese Version of the Knowledge of Infant Development Inventory –P (KIDI-P)

Apresenta-se a seguir um conjunto de itens sobre o comportamento normal da criança. Cada um dos itens descreve como uma criança típica pode ser, ou o que pode afetar o seu crescimento e comportamento. Leia atentamente cada uma das afirmações e indique **Concordo**, **Discordo** ou **Não tenho a certeza**, de acordo com o seu conhecimento geral sobre a criança em idade pré-escolar. Pretende-se, com as respostas aos itens, perceber o seu grau de conhecimento em relação à forma como a criança age, ao desenvolvimento infantil e ao modo de cuidar da criança.

	Concordo	Discordo	Não tenho a certeza
1. Quando as crianças, por volta dos 18 meses de idade, estão fortemente vinculadas (ligadas) aos pais, são mais agarradas e tendem a ficar mais próximas deles.			
2. Uma criança de 2 anos que está 2 ou 3 meses atrás de outra criança da mesma idade, considera-se que tem um atraso de desenvolvimento.			
3. Com frequência, as crianças continuam/insistem em usar a palavra errada para designar algo, mesmo quando lhes é ensinada a forma correcta de o dizer (como cães e não cães”).			
4. Não se deve pegar no bebé ao colo quando chora porque isso fará com que ele queira andar sempre ao colo.			
5. Se um bebé (com menos de um ano) quer comer qualquer coisa, dê-lhe nozes, pipocas ou passas.			
6. Os bebés fazem certas coisas só para aborrecer os pais, como chorar durante muito tempo ou fazer cocó na fralda.			
7. Se pune uma criança por ter feito algo de errado, não há problema em dar-lhe uma guloseima para que pare de chorar.			
8. Com dois anos de idade, uma criança já é capaz de tomar banho sem ajuda.			
9. A criança aos 4 anos consegue escrever o seu nome.			
10. A criança pequena apenas compreende as palavras que consegue dizer.			
11. Se as crianças se mostram tímidas ou difíceis perante situações novas, isso significa que têm um problema emocional.			
12. Conversar com uma criança sobre coisas que ela esteja a fazer, ajuda o seu desenvolvimento mental.			
13. Uma criança de dois anos de idade que lhe diz “Não!” a tudo e que age como se mandasse em si, está a tentar aborrecê-lo.			
14. A forma como a criança é educada pouco ou nada interfere no quanto inteligente será.			
15. As crianças fazem birras sem uma razão aparente.			

	Concordo	Discordo	Não tenho a certeza
16. A partir dos 3 anos, a criança torna-se menos desafiadora e negativista - "Não, eu não quero".			
17. Por volta dos 18 meses de idade, uma criança que seja muito enérgica- que nunca está parada - precisa de uma alimentação com menos açúcar ou de Ritalina.			
18. As crianças têm pouca influência na forma como os pais cuidam delas, pelo menos até se tornarem mais velhas.			
19. Quando se colocam os bebés no berço para dormir, deve-se deitá-los de costas e não de barriga para baixo.			
20. Um menino com 3 anos e meio que ainda faz xixi na cama tem um problema e deve ser visto pelo médico.			
21. Uma criança pode começar a fazer xixi na cama ou a chuchar no dedo quando nasce um irmão.			
22. A criança aos quatro anos é capaz de ir sozinha à casa de banho durante a noite.			
23. Uma criança de 2 anos tem uma noção do tempo diferente da do adulto.			
24. A maioria dos bebés prematuros acaba por ser abusada, negligenciada ou fica com um atraso a nível mental.			
25. Uma criança deve ter pelo menos 5 anos de idade para ser autorizada a atravessar a estrada sozinha.			
26. A maior parte das crianças com 4 anos de idade consegue jogar jogos de tabuleiro simples, como o jogo das damas.			
27. A personalidade ou o temperamento da criança forma-se pelos 6 meses; depois dessa idade não há grandes alterações.			
28. Alguns pais não "criam laços" com o bebé a não ser quando este começa a sorrir e a olhar para eles.			
29. A forma como os pais cuidam do bebé nos primeiros meses de vida, determina se a criança virá a ser bem ajustada ou se virá a ter um temperamento inadaptado.			
30. As crianças aprendem toda a sua linguagem, imitando o que ouvem os adultos a dizer.			
31. Quando uma criança está constipada, é razoável que se lhe dê uma aspirina			
32. Uma criança de 6 anos de idade consegue andar numa bicicleta sem rodinhas.			
33. Algumas crianças normais não gostam de mimos.			
34. Por norma, uma criança de 5 anos de idade já é capaz de apertar os atacadores.			
35. Quanto mais tentamos acalmar um bebé que está a chorar, pegando-lhe ao colo ou falando com ele, mais o estragamos com mimos.			
36. Os acidentes mais comuns que acontecem a crianças por volta dos 18 meses de idade ocorrem quando estas puxam algo como uma frigideira, uma toalha de mesa ou um candeeiro para cima de si.			

	Concordo	Discordo	Não tenho a certeza
37. Uma criança de quatro anos ao ver uma menina de cabelo curto e com jardineiras é capaz de dizer que se trata de um rapaz.			
38. Uma boa estratégia para ensinar a criança a não morder, é morder-lhe.			
39. O que num dia o leva a disciplinar a criança, noutros dias pode ser ignorado. Tudo depende da sua disposição nesse dia.			
40. A maior parte das crianças de 6 anos de idade consegue escrever uma frase completa.			
41. Por volta dos três anos de idade, a maior parte das crianças têm um colega de brincadeira preferido.			
42. A maior parte das crianças de 2 anos de idade sabe distinguir uma história fictícia de uma história verdadeira na TV.			
43. Uma criança de 5 anos de idade consegue ler quatro ou mais palavras.			
44. A criança aos 3 anos, normalmente, pede “desculpa” quando faz algo errado.			
45. Por norma, uma criança de 4 anos, veste-se e despe-se sem ajuda.			
46. A criança de 2 anos de idade é capaz de raciocinar de forma lógica, tal como um adulto faz.			
47. A criança com um ano de idade distingue o certo do errado.			
48. A criança aos 5 anos de idade usa o plural correctamente, por exemplo diz “pães” e não “pãos”.			
49. Por volta do ano de idade, as crianças estão prontas para fazerem o treino do bacio.			
50. A maior parte das crianças com 3 anos de idade consegue calçar os sapatos no pé certo.			
51. Só a partir dos quatro anos de idade é que as crianças começam a provocar outras crianças.			
52. Aos seis meses de idade, o bebé sabe o significado da palavra “não”.			
53. A criança aos 3 anos de idade distingue a mão direita da mão esquerda.			
54. Por volta dos três anos de idade, a criança veste as roupas dos pais para brincar ao faz de conta.			
55. Geralmente aos 18 meses de idade, a criança coopera e partilha quando brinca em conjunto.			
56. A grande maioria das crianças com 6 anos de idade consegue adicionar números até dez, como 2+2, 3+5, etc.			
57. Normalmente os bebés dizem a primeira palavra aos 6 meses.			
58. A criança de dois anos, que é deixada sozinha, tem noção que não deve fazer algo perigoso, como enfiar o dedo numa tomada.			

PARTE III – ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO

Apresenta-se a seguir um conjunto de itens sobre as atividades promotoras do desenvolvimento na idade pré-escolar, preconizadas pela Direção-Geral de Saúde. Leia atentamente cada uma das afirmações e indique se foi ou não referido pelo seu **Enfermeiro de Família na última consulta de Saúde Infantil do seu filho**. Não responda aos pontos abordados nas outras idades-chave.

Idade da Criança	Atividades Promotoras do Desenvolvimento	Referido na Consulta pelo Enfermeiro de Família	Não referido na Consulta pelo Enfermeiro de Família
3 anos	Promover atividades lúdicas físicas: saltar, correr, pular, andar de triciclo, etc.	1	2
	Pedir à criança que conte histórias ou algo que fez (ação passada). Incentivar a criança a fantasiar.	1	2
	Dar responsabilidades, aceitar a forma que ele achou para dominar a sua vida.	1	2
	Não trazer a criança para a realidade quando está no seu mundo imaginário.	1	2
	Conduzir os rituais de sono de forma regrada (medos, associados ao pensamento mágico).	1	2
	Fase dos «porquês». Há que ter muita paciência, tendo em conta que nem sempre espera pela resposta à primeira pergunta.	1	2
	Não ridicularizar comportamentos.	1	2
	Ajudar a criança a partilhar os brinquedos – altura para ingressar no jardim-de-infância.	1	2
	Acompanhamento de programas televisivos.	1	2
	Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.	1	2
4 anos	Promover as construções com lego e com puzzles	1	2
	Proporcionar oportunidade para a criança fazer o desenho da figura humana.	1	2
	Inventar brincadeiras que envolvam distinção de cores e ensinar canções e versos.	1	2
	Pô-la a participar em afazeres, mesmo que sejam simbólicos.	1	2
	Dar oportunidade para a verbalização das suas vontades, aceitar a sensibilidade da criança, aceitando avanços e recuos.	1	2

Idade da Criança	Atividades Promotoras do Desenvolvimento	Referido na Consulta pelo Enfermeiro de Família	Não referido na Consulta pelo Enfermeiro de Família
	Mostrar as sequências das atividades.	1	2
	Promover brincadeiras onde exista movimento físico.	1	2
	Auxiliar a criança na diferenciação entre a emoção e o agir (consciência moral/solidariedade humana).	1	2
	Proporcionar a oportunidade da criança transmitir uma mensagem a outra pessoa.	1	2
	Não entrar em grandes pormenores quando questionados sobre sexualidade.	1	2
	Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.	1	2
5 anos	Selecionar os programas televisivos /computador, bem como o horário e o período.	1	2
	Não ridicularizar os presumíveis medos /pesadelos /fobias, ajudando a resolver o sentimento de impotência.	1	2
	Continuar a proporcionar atividades que permitam à criança desenvolver a área motora.	1	2
	Ensinar-lhe a recortar e colar triângulos, quadrados e círculos de vários tamanhos e formar figuras.	1	2
	Pedir para que explique o significado de palavras simples e incentivar para que pergunte aquelas que não conhece.	1	2
	Continuar a proporcionar à criança responsabilidade, como por exemplo: ajudar em casa, dar recados.	1	2
	Inculcar regras, impor limites, ajudar a lidar com os impulsos (roubo, mentira).	1	2
	Promover a participação em jogos para a promoção da sua personalidade (saber lidar com a timidez, submissão, vaidade, liderança, etc.).	1	2

1. Tem outros filhos?

Sim ☐

Não ☐

1.1 Se sim, quais as idades? _____

APÊNDICE II – Autorização da autora para utilização do KIDI



Luiza Nobre Lima <luizabelima@fpce.uc.pt>

seg 01-07, 23:24

Inês Rodrigues; valedias@fpce.uc.pt

Reencaminhou esta mensagem a 02-07-2019 00:14

Cara Inês Rodrigues,

Autorizo a utilização da versão traduzida para português do KIDI-P no âmbito do seu mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar. No final do seu trabalho, gostaria muito de conhecer os resultados que alcançar.

Com os meus cumprimentos,

Luiza Nobre Lima

A 2019-06-26 18:51, Inês Rodrigues escreveu:

Exma. Luiza Lima

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Universidade de Aveiro, Inês Marques Rodrigues, sob orientação da Professora Doutora Elsa Melo e co-orientação da Professora Doutora Assunção Almeida, pretende desenvolver um projeto de investigação com o tema "Conhecimentos dos pais sobre o desenvolvimento dos filhos em idade pré-escolar: contributos do enfermeiro de família" e vem solicitar a Vossa Exa. a autorização para a utilização do questionário KIDI-P.

Agradeço desde já a atenção que possa dispensar a este assunto.

Com os mais cordiais cumprimentos,
Inês Marques Rodrigues.

**APÊNDICE III – Declaração de Consentimento Informado ao utente
participante no estudo**

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

Exm. Sr^o. / Exm. Sr^a

Eu, Inês Marques Rodrigues, Enfermeira com cédula profissional da Ordem dos Enfermeiros nº92527, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, venho convidá-lo a participar num estudo cujo título é: **“Conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil dos filhos na idade pré-escolar: contributos do Enfermeiro de Família”**.

O presente estudo tem como objetivos principais:

- Identificar o grau de conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil dos filhos em idade pré-escolar;

- Analisar a influência das variáveis sociodemográficas, nível socioeconómico, funcionalidade familiar e características dos filhos no conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil dos filhos em idade pré-escolar;

- Identificar as atividades promotoras de desenvolvimento recomendadas aos pais durante a consulta de saúde infantojuvenil pelos Enfermeiros de Família, de acordo com o previsto na norma N°010/2013 da Direção-Geral da Saúde.

A sua participação envolve o preenchimento de um questionário, é voluntária e em qualquer momento pode desistir. Não precisa de responder a nenhuma pergunta que não queira. A sua recusa em participar ou posterior abandono não prejudicarão a sua relação com a equipa de saúde, nem o processo de prestação de cuidados.

É garantido o anonimato e sigilo relativamente aos dados obtidos e, agradecendo a sua colaboração, coloco-me à sua disposição para mais informações, por e-mail para inesmarquesrodrigues@ua.pt.

Atenciosamente,

Aveiro, ____/____/____, _____

(Inês Marques Rodrigues)

Termo de Consentimento

Eu, _____, aceito participar no estudo “Conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil dos filhos na idade pré-escolar: contributos do Enfermeiro de Família”, declarando que tomei conhecimento dos seus objetivos e principais implicações, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela investigadora.

_____/_____/____, Aveiro.

**APÊNDICE IV – Ação de sensibilização dirigida aos Enfermeiros de Família
sobre o projeto de investigação**



Conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil na idade pré-escolar: contributos do Enfermeiro de Família

Inês Rodrigues NºMec: 76935 | Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar | 14 de Fevereiro de 2020

1



Sumário

- Introdução
- Fundamentação Teórica
 - Crescimento e Desenvolvimento Infantil
 - Desenvolvimento da criança em Idade Pré-escolar
 - A Família como Unidade de Cuidados
 - Papel do Enfermeiro de Família no Desenvolvimento Infantil
- Metodologia
 - Tipo de Estudo
 - População/Amostra
 - Questões de investigação/Objetivos
 - Instrumento de recolha de dados e variáveis em estudo
 - Análise de Dados
- Resultados Esperados

2



3



4



Fundamentação Teórica

Desenvolvimento da criança em idade pré-escolar

(Direção-Geral da Saúde, 2013)

Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada

Nome	Data de nascimento	Processo n.º		
	3 Anos	4 Anos	5 Anos	
Postura Motricidade Global	<input type="checkbox"/> Equilíbrio momentâneo num pé. <input type="checkbox"/> Sobe e desce as escadas alternadamente. <input type="checkbox"/> Desce com os dois pés no mesmo degrau.	<input type="checkbox"/> Fica num pé sem apoio 1-5 seg. <input type="checkbox"/> Sobe e desce as escadas alternadamente. <input type="checkbox"/> Salta num pé.	<input type="checkbox"/> Fica num pé 3-5 seg. com os braços dobrados sobre o tórax. <input type="checkbox"/> Salta alternadamente num pé.	
Visão motricidade fina	<input type="checkbox"/> Constrói torre de 9 cubos. <input type="checkbox"/> Imita (3A) e copia (3A, 3/2) a ponte de 3 cubos - copia o círculo - imita a cruz. <input type="checkbox"/> Combina duas cores geralmente o vermelho e o amarelo. (confunde o azul e verde).	<input type="checkbox"/> Constrói escada de 6 cubos. <input type="checkbox"/> Copia a cruz. <input type="checkbox"/> Combina e nomeia 4 cores básicas.	<input type="checkbox"/> Constrói 4 degraus com 10 cubos. <input type="checkbox"/> Copia o quadrado e o triângulo (5A). <input type="checkbox"/> Conta 5 dedos de uma mão e nomeia 4 cores.	
Audição linguagem	<input type="checkbox"/> Diz o nome completo e o sexo. <input type="checkbox"/> Vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos. <input type="checkbox"/> Defeitos de articulação e imaturidade na linguagem.	<input type="checkbox"/> Sabe o nome completo, a idade e o sexo e habitualmente a morada. <input type="checkbox"/> Linguagem compreensível. <input type="checkbox"/> Apenas algumas substituições infantis.	<input type="checkbox"/> Sabe o nome completo, a idade, morada e habitualmente a data de nascimento. <input type="checkbox"/> Vocabulário fluente e articulação geralmente correta - pode haver confusão nalguns sons.	
Comportamento e Adaptação Social	<input type="checkbox"/> Pode despir-se, mas só se lhe desalhoarem o vestuário. <input type="checkbox"/> Vai sozinho ao wc. <input type="checkbox"/> Come com colher e garfo.	<input type="checkbox"/> Pode vestir-se e despir-se só com execução de abotoar atrás e dar laço. <input type="checkbox"/> Gosta de brincar com crianças da sua idade. <input type="checkbox"/> Sabe esperar pela sua vez.	<input type="checkbox"/> Veste-se só. <input type="checkbox"/> Lava as mãos e a cara e limpa-se só. <input type="checkbox"/> Escolhe os amigos. <input type="checkbox"/> Compreende as regras do jogo.	

5



Fundamentação Teórica

A Família como Unidade de Cuidados

A família constitui o principal pilar de qualquer criança.

(Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Processo de crescimento e desenvolvimento infantil é influenciado pela família através de valores, crenças, expetativas e padrões de comportamento.

(Pina, Mello, & Lunardelo, 2008)

Parceria pais-profissionais é um mecanismo poderoso para a capacitação e potencialização da família.

(Wong & Whaley, 1997)

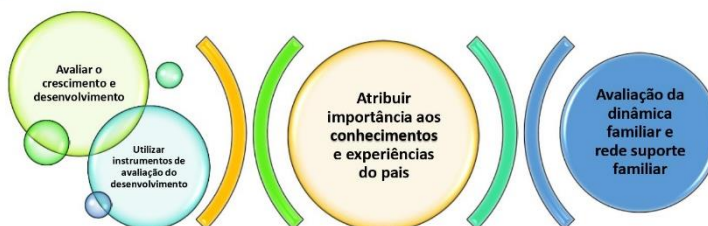
6

6



Fundamentação Teórica

Papel do Enfermeiro de Família no Desenvolvimento Infantil



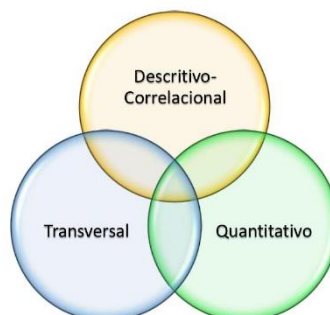
Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

(Direção-Geral da Saúde, 2013)



Metodologia

Tipo de Estudo





Metodologia

População/Amostra



Pais de crianças em idade pré-escolar

CrITÉRIOS de Inclusão:

- Pais maiores de idade de crianças em idade pré-escolar (3 aos 5 anos de idade);
- Pais inscritos na USF onde se realizará o estágio.

CrITÉRIOS de Exclusão:

- Indivíduos que não dominem a língua portuguesa, falada e escrita.

9

9



Metodologia

Questões de Investigação

Quais os conhecimentos dos pais de crianças em idade pré-escolar sobre o desenvolvimento infantil?

Quais os fatores que influenciam os conhecimentos dos pais de crianças em idade pré-escolar sobre o desenvolvimento infantil?

Quais as atividades promotoras de desenvolvimento recomendadas aos pais de crianças em idade pré-escolar durante as consultas de saúde infantojuvenil?

10

10



Metodologia

Objetivos

Identificar o grau de conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil dos filhos em idade pré-escolar;

Analisar a influência de variáveis sociodemográficas e do funcionamento familiar no conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil dos filhos em idade pré-escolar;

Identificar as atividades promotoras de desenvolvimento recomendadas aos pais durante a consulta de saúde infantojuvenil pelos enfermeiros de família, previstas pela norma nº010/2013 da DGS.

11

11



Metodologia

Hipóteses



Existe uma relação entre as **características sociodemográficas** e o **conhecimento dos pais de crianças em idade pré-escolar sobre o desenvolvimento infantil**.

- Características sociodemográfica:
 - Idade;
 - Sexo;
 - Tipo de família;
 - Escolaridade
 - Estado civil
 - Nível socioeconómico *Graffar*.

Existe uma relação entre a **funcionalidade familiar** e o **conhecimento dos pais de crianças em idade pré-escolar sobre o desenvolvimento infantil**.

- Funcionalidade familiar, de acordo com o APGAR Familiar, classifica as famílias em:
 - Família Altamente Funcional;
 - Família Moderadamente Disfuncional;
 - Família Moderadamente Disfuncional.

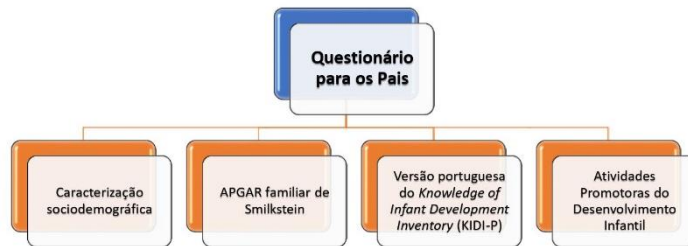
12

12



Metodologia

Instrumento de recolha de dados

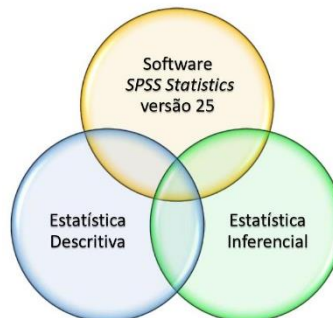


13



Metodologia

Análise de dados



14



Resultados Esperados

Com base nos resultados obtidos na revisão da literatura e de acordo com os objetivos do estudo:

Variáveis sociodemográficas relacionadas com o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil

- Idade;
- Escolaridade;
- Situação profissional;
- Rendimento Familiar;

Lacunas entre o conhecimento dos profissionais e habilidade em avaliar o desenvolvimento infantil

- Utilização da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* maioritariamente por médicos de família;
- Enfermeiro com papel ativo na avaliação em cerca de um terço dos casos.

15

15



Resultados Esperados

Através da análise dos dados pretende-se :

Desenvolver junto da equipa uma sessão de educação para a saúde sobre as atividades promotoras do desenvolvimento em idade pré-escolar para os pais;

Apresentar aos pais um vídeo sobre as atividades promotoras do desenvolvimento infantil na sala de espera da USF.

Criar um *flyer* para entregar aos pais sobre o desenvolvimento infantil em idade pré-escolar.

16

16



Referências Bibliográficas

- Antão, C., Sousa, F., Anes, E., Fernandes, A., Magalhães, C., & Veiga-Branco, M. A. (2016). Vigilância Infantil no 1o Ano de Vida: Conhecer e Intervir para prevenir. *Egitânia Scientia*, 89-102.
- Chelo, C. N. (2016). *Promoção do Desenvolvimento Infantil*. Lisboa.
- Cruz, E. J. S. da, Cavalcante, L. I. C., & Pedroso, J. da S. (2014). Inventário do Conhecimento do Desenvolvimento Infantil: estudo com mães de crianças em acolhimento institucional. *Rev. SPAGESP*, 15(1), 49-63.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*.
- Figueiredo, M. H. (2013). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Loures.
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures.
- Goes, A. F., & Leite, I. da S. (2017). A Importância do Enfermeiro no Programa do Crescimento e Desenvolvimento Infantil. *Caderno Saúde E Desenvolvimento*, 10(6), 59-72.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2018). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (11th ed.). Elsevier Health Sciences.
- Lopes, N., & Ferreira, R. (2015). Intervenção dos Enfermeiros na Capacitação Parental no relacionamento pais-filhos.
- MacPhee, D., Mendes, T., Nobre-Lima, L., & Luz, M. (2011). Inventário de Conhecimento sobre o Desenvolvimento Infantil (KIDI-P).
- Maia, A. R., Fernandes, J., Leite, M. F., Santos, H., & Pereira, S. A. (2016). Avaliação do desenvolvimento psicomotor pelos médicos de família: estudo observacional. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 32(4), 248-256.
- Moita, H. C. A. N. (2015). Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar - Uma perspetiva da intervenção do enfermeiro. Instituto Politécnico de Santarém.



Referências Bibliográficas

- Nobre-Lima, L., Vale-Dias, M. da L., Mendes, T. V., Mónico, L., & MacPhee, D. (2014). The Portuguese version of the Knowledge of Infant Development Inventory-P (KIDI-P). *European Journal of Developmental Psychology*, 11(6), 740-745.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem Pediátrica de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume I*.
- Pina, J. C., Mello, D. F. de, & Lunardelo, S. R. (2008). Utilização de instrumento de registo de dados da saúde da criança e família e a prática do enfermeiro em atenção básica à saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(3), 270-273.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem - Conceitos e Procedimentos*. LUSOCIÊNCIA. (5th ed.).
- Reichert, A. P. da S., Vasconcelos, M. G. L. de, Helena, S., Eickmann, & Lima, M. de C. (2012). Avaliação da implementação de uma intervenção educativa em vigilância do desenvolvimento infantil com enfermeiros. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 46(5), 1049-1056.
- Salvado, R. S. T. (2013). *Avaliação do Desenvolvimento Infantil em Contexto de Cuidados de Saúde Primários - Intervenção do Enfermeiro*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Santos, C. M. da C. I. (2013). *Conhecimentos dos pais sobre o desenvolvimento da criança na 1a infância : um estudo exploratório*. Lisboa.
- Serra, M. A. C. de C. (2016). *Promoção da parentalidade potenciadora do desenvolvimento infantil*. Instituto Politécnico de Santarém.
- Sousa, M. A. P. R. de S. (2011). *Diário da República, 2a série — N.º 113 — 14 de Junho de 2011*.
- Vale-dias, M. L. (2012). Crenças parentais sobre o desenvolvimento da criança e sua relação com o cuidar. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 53-62.
- Wong, D. L., & Whaley. (1997). *Enfermagem Pediátrica - Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva*. (5a Edição). Rio de Janeiro.

**APÊNDICE V – Avaliação do Conhecimento dos Pais sobre o
Desenvolvimento Infantil com recurso ao KIDI-P**

	Concordo		Discordo		Não tenho a certeza	
	n	%	n	%	n	%
1. Quando as crianças, por volta dos 18 meses de idade, estão fortemente vinculadas (ligadas) aos pais, são mais agarradas e tendem a ficar mais próximas deles.	78	75,7%	10	9,7%	15	14,6%
2. Uma criança de 2 anos que está 2 ou 3 meses atrás de outra criança da mesma idade, considera-se que tem um atraso de desenvolvimento.	4	3,9%	95	92,2%	4	3,9%
3. Com frequência, as crianças continuam/insistem em usar a palavra errada para designar algo, mesmo quando lhes é ensinada a forma correcta de o dizer (como cães e não cães").	42	40,8%	43	41,7%	18	17,5%
4. Não se deve pegar no bebé ao colo quando chora porque isso fará com que ele queira andar sempre ao colo.	9	8,7%	90	87,4%	4	3,9%
5. Se um bebé (com menos de um ano) quer comer qualquer coisa, dê-lhe nozes, pipocas ou passas.	-	-	98	95,1%	5	4,9%
6. Os bebés fazem certas coisas só para aborrecer os pais, como chorar durante muito tempo ou fazer cocó na fralda.	5	4,9%	96	93,2%	2	1,9%
7. Se pune uma criança por ter feito algo de errado, não há problema em dar-lhe uma guloseima para que pare de chorar.	-	-	98	95,1%	5	4,9%
8. Com dois anos de idade, uma criança já é capaz de tomar banho sem ajuda.	7	6,8%	93	90,3%	3	2,9%
9. A criança aos 4 anos consegue escrever o seu nome.	40	38,8%	32	31,1%	31	30,1%
10. A criança pequena apenas compreende as palavras que consegue dizer.	9	8,7%	87	84,5%	7	6,8%
11. Se as crianças se mostram tímidas ou difíceis perante situações novas, isso significa que têm um problema emocional.	5	4,9%	95	92,2%	3	2,9%
12. Conversar com uma criança sobre coisas que ela esteja a fazer, ajuda o seu desenvolvimento mental.	97	94,2%	4	3,9%	2	1,9%
13. Uma criança de dois anos de idade que lhe diz "Não!" a tudo e que age como se mandasse em si, está a tentar aborrecê-lo.	10	9,7%	82	79,6%	11	10,7%
14. A forma como a criança é educada pouco ou nada interfere no quanto inteligente será.	19	18,4%	82	79,6%	2	1,9%
15. As crianças fazem birras sem uma razão aparente.	22	21,4%	63	61,2%	18	17,5%
16. A partir dos 3 anos, a criança torna-se menos desafiadora e negativista - "Não, eu não quero".	22	21,4%	59	57,3%	22	21,4%
17. Por volta dos 18 meses de idade, uma criança que seja muito enérgica- que nunca está parada - precisa de uma alimentação com menos açúcar ou de Ritalina.	10	9,7%	56	54,4%	37	35,9%
18. As crianças têm pouca influência na forma como os pais cuidam delas, pelo menos até se tornarem mais velhas.	12	11,7%	76	73,8%	15	14,6%
19. Quando se colocam os bebés no berço para dormir, deve-se deitá-los de costas e não de barriga para baixo.	68	66,0%	26	25,2%	9	8,7%

	Concordo		Discordo		Não tenho a certeza	
	n	%	n	%	n	%
20. Um menino com 3 anos e meio que ainda faz xixi na cama tem um problema e deve ser visto pelo médico.	10	9,7%	74	71,8%	19	18,4%
21. Uma criança pode começar a fazer xixi na cama ou a chuchar no dedo quando nasce um irmão.	60	58,3%	13	12,6%	30	29,1%
22. A criança aos quatro anos é capaz de ir sozinha à casa de banho durante a noite.	52	50,5%	31	30,1%	20	19,4%
23. Uma criança de 2 anos tem uma noção do tempo diferente da do adulto.	83	80,6%	12	11,7%	8	7,8%
24. A maioria dos bebés prematuros acaba por ser abusada, negligenciada ou fica com um atraso a nível mental.	6	5,8%	89	86,4%	8	7,8%
25. Uma criança deve ter pelo menos 5 anos de idade para ser autorizada a atravessar a estrada sozinha.	22	21,4%	69	67,0%	12	11,7%
26. A maior parte das crianças com 4 anos de idade consegue jogar jogos de tabuleiro simples, como o jogo das damas.	18	17,5%	47	45,6%	38	36,9%
27. A personalidade ou o temperamento da criança forma-se pelos 6 meses; depois dessa idade não há grandes alterações.	2	1,9%	91	88,3%	10	9,7%
28. Alguns pais não "criam laços" com o bebé a não ser quando este começa a sorrir e a olhar para eles.	13	12,6%	76	73,8%	14	13,6%
29. A forma como os pais cuidam do bebé nos primeiros meses de vida, determina se a criança virá a ser bem ajustada ou se virá a ter um temperamento inadaptado.	22	21,4%	69	67,0%	12	11,7%
30. As crianças aprendem toda a sua linguagem, imitando o que ouvem os adultos a dizer.	77	74,8%	19	18,4%	7	6,8%
31. Quando uma criança está constipada, é razoável que se lhe dê uma aspirina	2	1,9%	96	93,2%	5	4,9%
32. Uma criança de 6 anos de idade consegue andar numa bicicleta sem rodinhas.	63	61,2%	12	11,7%	28	27,2%
33. Algumas crianças normais não gostam de mimos.	26	25,2%	55	53,4%	22	21,4%
34. Por norma, uma criança de 5 anos de idade já é capaz de apertar os atacadores.	32	31,1%	36	35,0%	35	34,0%
35. Quanto mais tentamos acalmar um bebé que está a chorar, pegando-lhe ao colo ou falando com ele, mais o estragamos com mimos.	4	3,9%	94	91,3%	5	4,9%
36. Os acidentes mais comuns que acontecem a crianças por volta dos 18 meses de idade ocorrem quando estas puxam algo como uma frigideira, uma toalha de mesa ou um candeeiro para cima de si.	52	50,5%	19	18,4%	32	31,1%
37. Uma criança de quatro anos ao ver uma menina de cabelo curto e com jardineiras é capaz de dizer que se trata de um rapaz.	32	31,1%	46	44,7%	25	24,3%
38. Uma boa estratégia para ensinar a criança a não morder, é morder-lhe.	13	12,6%	73	70,9%	17	16,5%
39. O que num dia o leva a disciplinar a criança, noutros dias pode ser ignorado. Tudo depende da sua disposição nesse dia.	14	13,6%	74	71,8%	15	14,6%

	Concordo		Discordo		Não tenho a certeza	
	n	%	n	%	n	%
40. A maior parte das crianças de 6 anos de idade consegue escrever uma frase completa.	27	26,2%	40	38,8%	36	35,0%
41. Por volta dos três anos de idade, a maior parte das crianças têm um colega de brincadeira preferido	63	61,2%	25	24,3%	15	14,6%
42. A maior parte das crianças de 2 anos de idade sabe distinguir uma história fictícia de uma história verdadeira na TV.	1	1,0%	90	87,4%	12	11,7%
43. Uma criança de 5 anos de idade consegue ler quatro ou mais palavras.	26	25,2%	47	45,6%	30	29,1%
44. A criança aos 3 anos, normalmente, pede "desculpa" quando faz algo errado.	61	59,2%	29	28,2%	13	12,6%
45. Por norma, uma criança de 4 anos, veste-se e despe-se sem ajuda.	56	54,4%	37	35,9%	10	9,7%
46. A criança de 2 anos de idade é capaz de raciocinar de forma lógica, tal como um adulto faz.	-	-	96	93,2%	7	6,8%
47. A criança com um ano de idade distingue o certo do errado.	4	3,9%	94	91,3%	5	4,9%
48. A criança aos 5 anos de idade usa o plural correctamente, por exemplo diz "pães" e não "pãos".	30	29,4%	42	41,2%	30	29,4%
49. Por volta do ano de idade, as crianças estão prontas para fazerem o treino do bacio.	25	24,3%	53	51,5%	25	24,3%
50. A maior parte das crianças com 3 anos de idade consegue calçar os sapatos no pé certo.	41	39,8%	41	39,8%	21	20,4%
51. Só a partir dos quatro anos de idade é que as crianças começam a provocar outras crianças.	12	11,7%	61	59,2%	30	29,1%
52. Aos seis meses de idade, o bebé sabe o significado da palavra "não".	11	10,7%	71	68,9%	21	20,4%
53. A criança aos 3 anos de idade distingue a mão direita da mão esquerda.	36	35,0%	45	43,7%	22	21,4%
54. Por volta dos três anos de idade, a criança veste as roupas dos pais para brincar ao faz de conta.	67	65,0%	18	17,5%	18	17,5%
55. Geralmente aos 18 meses de idade, a criança coopera e partilha quando brinca em conjunto.	32	31,1%	51	49,5%	20	19,4%
56. A grande maioria das crianças com 6 anos de idade consegue adicionar números até dez, como 2+2, 3+5, etc.	60	58,3%	17	16,5%	26	25,2%
57. Normalmente os bebés dizem a primeira palavra aos 6 meses.	25	24,3%	48	46,6%	30	29,1%
58. A criança de dois anos, que é deixada sozinha, tem noção que não deve fazer algo perigoso, como enfiar o dedo numa tomada.	5	4,9%	94	91,3%	4	3,9%

**APÊNDICE VI – Sessão de educação para a saúde sobre as atividades
promotoras do desenvolvimento em idade pré-escolar**



Atividades Promotoras do Desenvolvimento Infantil na Idade Pré-escolar



1



A criança é um ser em desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social.

A família influencia o desenvolvimento das crianças através dos valores, crenças, expectativas e padrões de comportamento.



2



O acompanhamento do desenvolvimento por parte dos pais é fundamental.

A Direção-Geral de Saúde (2013) recomenda **atividades promotoras do desenvolvimento** específicas para cada idade.



3



4



3 anos



Conduzir os rituais de sono de forma regrada (medos, associados ao pensamento mágico).



Fase dos «porquês». Há que ter muita paciência, tendo em conta que nem sempre espera pela resposta à primeira pergunta.

7



3 anos



Acompanhamento de programas televisivos.



Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.

8



3 anos



Promover atividades lúdicas físicas: saltar, correr, pular, andar de triciclo, etc.



Pedir à criança que conte histórias ou algo que fez (ação passada). Incentivar a criança a fantasiar.

5



3 anos



Dar responsabilidades, aceitar a forma que ele achou para dominar a sua vida.



Não trazer a criança para a realidade quando está no seu mundo imaginário.

6



3 anos



Ajudar a criança a partilhar os brinquedos – altura para ingressar no jardim de infância



Não ridicularizar comportamentos.

9

Atividades Promotoras do Desenvolvimento



4 anos

10



4 anos



Proporcionar a oportunidade da criança transmitir uma mensagem a outra pessoa.



Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.

15

Atividades Promotoras do Desenvolvimento



5 anos

16



4 anos



Mostrar as sequências das atividades.



Dar oportunidade para a verbalização das suas vontades, aceitar a sensibilidade da criança, aceitando avanços e recuos.

13



4 anos



Promover brincadeiras onde exista movimento físico, preferencialmente ao ar livre.



Auxiliar a criança na diferenciação entre a emoção e o agir (consciência moral/solidariedade humana).

14



4 anos



Promover as construções com lego e com puzzles



Proporcionar oportunidade para a criança fazer o desenho da figura humana.

11



4 anos



Inventar brincadeiras que envolvam distinção de cores e ensinar canções e versos.



Pô-la a participar em afazeres, mesmo que sejam simbólicos.

12



Selecionar os programas televisivos/computador, bem como o horário e o período.



Não ridicularizar os presumíveis medos /pesadelos /fobias, ajudando a resolver o sentimento de impotência.

17

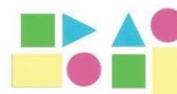


Promover a participação em jogos para a promoção da sua personalidade (saber lidar com a timidez, submissão, vaidade, liderança, etc.).



Continuar a proporcionar atividades que permitam à criança desenvolver a área motora.

18



Ensinar-lhe a recortar e colar triângulos, quadrados e círculos de vários tamanhos e formar figuras.



Pedir para que explique o significado de palavras simples e incentivar para que pergunte aquelas que não conhece.

19



Continuar a proporcionar à criança responsabilidade, como por exemplo: ajudar em casa, dar recados.



Incute regras, impor limites, ajudar a lidar com os impulsos (roubo, mentira).

20



Nem todas as crianças atingem, na mesma idade, o mesmo estágio de desenvolvimento.

Qualquer suspeita ou preocupação específica deve informar o seu Médico e Enfermeiro de Família.



21



Educação para a Saúde realizada no âmbito do
Estágio de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar
pela Aluna Inês Marques Rodrigues



22

**APÊNDICE VII – Folheto Informativo sobre Atividades Promotoras do
Desenvolvimento em idade pré-escolar**

Desenvolvimento Infantil

A criança é um ser em desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social.

A família influencia o desenvolvimento das crianças através dos valores, crenças, expectativas e padrões de comportamento.

O acompanhamento do desenvolvimento por parte dos pais é fundamental.

A Direção-Geral de Saúde (2013) recomenda atividades promotoras do desenvolvimento específicas para cada idade.

Nem todas as crianças atingem, na mesma idade, o mesmo estágio de desenvolvimento.



Unidade de Saúde Familiar Salinas
Praça Manuel Damião 3800-540 Cacia
usf.salinas@arscentro.min-saude.pt
Tel: 234 910 000
Fax: 234 910 009

Aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da
Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

⇒ Inês Marques Rodrigues N.ºMec: 76935

Atividades Promotoras do Desenvolvimento Infantil



Idade
Pré-escolar
(3 aos 5 anos)

3 anos



Promover atividades lúdicas físicas: saltar, correr, pular, andar de triciclo, etc.

Pedir à criança que conte histórias ou algo que fez (ação passada). Incentivar a criança a fantasiar.

Dar responsabilidades, aceitar a forma que ele achou para dominar a sua vida.

Não trazer a criança para a realidade quando está no seu mundo imaginário.

Conduzir os rituais de sono de forma regrada (medos, associados ao pensamento mágico).

Fase dos «porquês». Há que ter muita paciência, tendo em conta que nem sempre espera pela resposta à primeira pergunta.

Não ridicularizar comportamentos.

Ajudar a criança a partilhar os brinquedos – altura para ingressar no jardim-de-infância.

Acompanhar a criança durante os programas televisivos.

Reforçar a necessidade de impor regras e limites. Não ceder à chantagem da criança.

4 anos



Promover as construções com lego e com puzzles

Proporcionar oportunidade para a criança fazer o desenho da figura humana.

Inventar brincadeiras que envolvam distinção de cores e ensinar canções e versos.

Pô-la a participar em afazeres, mesmo que sejam simbólicos.

Dar oportunidade para a verbalização das suas vontades, aceitar a sensibilidade da criança, aceitando avanços e recuos.

Mostrar as sequências das atividades.

Promover brincadeiras onde exista movimento físico, preferencialmente ao ar livre.

Auxiliar a criança na diferenciação entre a emoção e o agir (consciência moral/solidariedade humana).

Proporcionar a oportunidade da criança transmitir uma mensagem a outra pessoa.

Não entrar em grandes pormenores quando questionados sobre sexualidade.

Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.

5 anos



Controlar o tempo que a criança passa a ver programas de televisão e no computador/tablets.

Não ridicularizar os presumíveis medos /pesadelos /fobias, ajudando a resolver o sentimento de impotência.

Continuar a proporcionar atividades que permitam à criança desenvolver a área motora.

Ensinar-lhe a recortar e colar triângulos, quadrados e círculos de vários tamanhos e formar figuras.

Pedir para que explique o significado de palavras simples e incentivar para que pergunte aquelas que não conhece.

Continuar a proporcionar à criança responsabilidade, como por exemplo: ajudar em casa, dar recados.

Incute regras, impor limites, ajudar a lidar com os impulsos (roubo, mentira).

Promover a participação em jogos para a promoção da sua personalidade (saber lidar com a timidez, submissão, vaidade, liderança, etc.).

**APÊNDICE VIII – Folheto Informativo sobre Atividades Promotoras do
Desenvolvimento: 3 anos**

Desenvolvimento Infantil

A criança é um ser em desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social.

A família influencia o desenvolvimento das crianças através dos valores, crenças, expectativas e padrões de comportamento.

O acompanhamento por parte dos pais é essencial.



Nem todas as crianças atingem, na mesma idade, o mesmo estágio de desenvolvimento.



Unidade de Saúde Familiar Salinas

Praça Manuel Damião 3800-540 Cacia

usf.salinas@arscentro.min-saude.pt

Tel: 234 910 000

Fax: 234 910 009

Aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da
Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

⇒ Inês Marques Rodrigues N.ºMec: 76935

Desenvolvimento Infantil



3 anos

Avalie se o seu filho com 3 anos consegue...

- ♦ Despir-se se lhe desabotoarem o vestuário;
- ♦ Ir sozinho à casa de banho;
- ♦ Comer com colher e garfo;



- ♦ Construir uma torre de 9 cubos;
- ♦ Copiar um círculo já desenhado;

- ♦ Imitar uma cruz;
- ♦ Combinar 2 cores;

- ♦ Desenhar figura humana;



- ♦ Equilibrar-se num pé;
- ♦ Atirar uma bola acima da linha do ombro;
- ♦ Subir as escadas alternadamente mas descer com os 2 pés no mesmo degrau.



- ♦ Dizer o nome completo e o sexo.
- ♦ Dizer frases com 4 palavras;
- ♦ Nesta idade a criança ainda tem defeitos de articulação e imaturidade na linguagem.

Qualquer suspeita ou preocupação específica deve informar o seu Médico e Enfermeiro de Família, para possível referência da criança.

Atividades promotoras do desenvolvimento

Promover atividades lúdicas físicas: saltar, correr, pular, andar de triciclo, etc.

Pedir à criança que conte histórias ou algo que fez (ação passada). Incentivar a criança a fantasiar.

Dar responsabilidades, aceitar a forma que ele achou para dominar a sua vida.

Não trazer a criança para a realidade quando está no seu mundo imaginário.

Conduzir os rituais de sono de forma regrada (medos, associados ao pensamento mágico).

Fase dos «porquês». Há que ter muita paciência, tendo em conta que nem sempre espera pela resposta à primeira pergunta.

Não ridicularizar comportamentos.

Ajudar a criança a partilhar os brinquedos – altura para ingressar no jardim-de-infância.

Acompanhamento de programas televisivos.

Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.

Desenvolvimento Infantil

A criança é um ser em desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social.

A família influencia o desenvolvimento das crianças através dos valores, crenças, expectativas e padrões de comportamento.

O acompanhamento por parte dos pais é essencial.



Nem todas as crianças atingem, na mesma idade, o mesmo estágio de desenvolvimento.



Unidade de Saúde Familiar Salinas
Praça Manuel Damião 3800-540 Cacia
usf.salinas@arscentro.min-saude.pt
Tel: 234 910 000
Fax: 234 910 009

Aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da
Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

⇒ Inês Marques Rodrigues N.º Mec: 76935

Desenvolvimento Infantil



4 anos

Avalie se o seu filho com 4 anos consegue...

- ♦ Vestir e despir-se só, com exceção de abotoar atrás e dar laços;

- ♦ Esperar pela sua vez;

- ♦ Jogar ao imaginativo (uso de miniaturas com criação de cenários imaginários);

- ♦ Construir escada de 6 cubos após demonstração;

- ♦ Combinar e nomear 4 cores básicas;

- ♦ Desenhar a figura humana;



- ♦ Ficar num pé sem apoio 3 a 5 segundos;

- ♦ Saltar num pé;

- ♦ Subir e descer escadas alternadamente;



- ♦ Dizer o nome completo, a idade e o sexo (habitualmente a morada também);

- ♦ Ter uma linguagem compreensível e gramaticamente correta;

Qualquer suspeita ou preocupação específica deve informar o seu Médico e Enfermeiro de Família, para possível referência da criança.

Atividades promotoras do desenvolvimento

Promover as construções com lego e com puzzles

Proporcionar oportunidade para a criança fazer o desenho da figura humana.

Inventar brincadeiras que envolvam distinção de cores e ensinar canções e versos.

Pô-la a participar em afazeres, mesmo que sejam simbólicos.

Dar oportunidade para a verbalização das suas vontades, aceitar a sensibilidade da criança, aceitando avanços e recuos.

Mostrar as sequências das atividades.

Promover brincadeiras onde exista movimento físico, preferencialmente ao ar livre.

Auxiliar a criança na diferenciação entre a emoção e o agir (consciência moral/solidariedade humana).

Proporcionar a oportunidade da criança transmitir uma mensagem a outra pessoa.

Não entrar em grandes pormenores quando questionados sobre sexualidade.

Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.

**APÊNDICE X – Folheto Informativo sobre Atividades Promotoras do
Desenvolvimento: 5 anos**

Desenvolvimento Infantil

A criança é um ser em desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social.

A família influencia o desenvolvimento das crianças através dos valores, crenças, expectativas e padrões de comportamento.

O acompanhamento por parte dos pais é essencial.



Nem todas as crianças atingem, na mesma idade, o mesmo estágio de desenvolvimento.



Unidade de Saúde Familiar Salinas
Praça Manuel Damião 3800-540 Cacia
usf.salinas@arscentro.min-saude.pt
Tel: 234 910 000
Fax: 234 910 009

Aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da
Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

⇒ Inês Marques Rodrigues N.º Mec: 76935

Desenvolvimento Infantil



5 anos

Avalie se o seu filho com 5 anos consegue...

- ♦ Vestir-se sozinho(a);
- ♦ Lavar as mãos e a cara e limpa-se sozinho(a);
- ♦ Escolher o(a)s amigo(a)s.
- ♦ Compreender as regras do jogo;



- ♦ Copiar o quadrado e o triângulo;
- ♦ Contar 5 dedos de uma mão.
- ♦ Nomear 4 ou mais cores e combinar até 10 cores.



- ♦ Fica num pé 8 a 10 segundos com os braços cruzados.
- ♦ Salta alternadamente num pé (numa distância de 2 a 3 metros)
- ♦ Sabe o nome completo, a idade, morada e habitualmente a data de nascimento.
- ♦ Vocabulário fluente e articulação geralmente correta



Qualquer suspeita ou preocupação específica deve informar o seu Médico e Enfermeiro de Família, para possível referência da criança.

Atividades promotoras do desenvolvimento

Controlar o tempo que a criança está a ver televisão e no computador/ tablet's-

Não ridicularizar os presumíveis medos / pesadelos / fobias, ajudando a resolver o sentimento de impotência.

Continuar a proporcionar atividades que permitam à criança desenvolver a área motora.

Ensinar-lhe a recortar e colar triângulos, quadrados e círculos de vários tamanhos e formar figuras.

Pedir para que explique o significado de palavras simples e incentivar para que pergunte aquelas que não conhece.

Continuar a proporcionar à criança responsabilidade, como por exemplo: ajudar em casa, dar recados.

Inculcar regras, impor limites, ajudar a lidar com os impulsos (roubo, mentira).

Promover a participação em jogos para a promoção da sua personalidade (saber lidar com a timidez, submissão, vaidade, liderança, etc.).

(Direção Geral da Saúde, 2013)